INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Felicia Mirian González Llaneza

Editorial Ciencias Médicas

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Dra. Felicia Mirian González Llaneza

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Dra. Felicia Mirian González Llaneza

Ciudad de La Habana, 2007

Datos CIP- Editorial Ciencias Médicas

González Llaneza Felicia Miriam
Instrumentos de Evaluación Psicológica/Felicia Miriam González Llaneza. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

xiv. 424 p.Figs.Tablas

Incluye una tabla de contenido general. Incluye 7 partes con bibliografías al final de cada parte. Incluye 13 capítulos.

ISBN 978-959-212-221-5

1.INVENTARIO DE PERSONALIDAD 2.PRUEBAS DE INTELIGENCIA 3.CONDUCTA Y MECANISMOS DE CONDUCTA 4.ESTRES 5.TRASTORNO DEPRESIVO 6.TRASTORNOS DE ANSIEDAD 7.PSICOLOGIA INFANTIL 8.LIBROS DE TEXTO.

WM145

Edición: Lic. Yudexy Susana Pacheco Pérez
Diseño y Realización: Yisleidy Real Llufrío
Emplane: Xiomara Segura Suárez
Amarelis González LaO

© Dra. Felicia Miriam González Llaneza, 2007
© Sobre la presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2007

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle I No. 202, esquina Línea, Vedado,
Ciudad de La Habana, 10400, Cuba
Correo Electrónico: ecimed@infomed.sld.cu
Teléfonos: 838 3375 / 832 5338

Contenido

Introducción a la asignatura / XIII

PARTE I

Apuntes para el estudio de los instrumentos de evaluación psicológica

Dra. Felicia Mirian González Llaneza

Capítulo 1

Desarrollo histórico y los fundamentos teóricos y metodológicos que dan origen a la aparición de los test

1.1. Introducción / 3
1.2. Orígenes y desarrollo de los Instrumentos de Evaluación psicológica / 3
1.3. Momentos que marcan el auge de los instrumentos de evaluación psicológica / 7
1.4. Instrumentos psicométricos / 8
1.5. Fundamento teórico. El modelo psicométrico o de los atributos/ 9
1.6. Los instrumentos para la medición de la inteligencia y las aptitudes / 11
1.7. Los instrumentos para el estudio de la personalidad/ 12
1.8. Características generales de las técnicas psicométricas/ 13
1.9. Técnicas proyectivas/ 14
1.10. Puntos de contacto entre ambos modelos: Psicométrico y proyectivo/ 16
1.11. Clasificación de los tests/ 17
1.12. Críticas a este tipo de pruebas psicológicas/18
Otras críticas importantes a considerar en este tipo de instrumento/ 19
1.13. Ventajas de estos instrumentos/ 20

Capítulo 2

Conceptos básicos para la asignatura

2.1. Introducción / 21
2.2. Evaluación psicológica / 22
2.3. Evaluación psicológica y calificación de tests mentales / 23
2.4. Qué es un tests / 23
2.5. Normas, población y muestra tipificada / 24
2.6. Validez y fiabilidad / 29

Capítulo 3

Proceso de aplicación de los tests

3.1. Introducción/ 31
3.2. Primera fase: aplicación de los tests/ 31
3.3. El método de la observación durante la aplicación de los tests/ 33
3.4. Segunda fase: calificación de los tests/ 36
3.5. Características del Informe psicométrico/ 37

Capítulo 4

Código de ética

4.1. Introducción/ 38
4.2. Responsabilidad y principios éticos/ 39
4.3. Principios éticos de la Comisión Internacional de Tests (ITC)/ 40

Capítulo 5

Desarrollo, estado actual y perspectivas de las pruebas para el estudio psicológico/ 43

Bibliografía/ 48

PARTE II

Instrumentos de Evaluación psicológica utilizados en el estudio del funcionamiento intelectual y algunos procesos psíquicos

Dra. Felicia Mirian González Llaneza

Capítulo 6

Instrumentos para evaluar la inteligencia

6.1. Introducción a los capítulos 6 y 7/ 51
6.2. Test de Matrices Progresivas de Raven/ 54
6.3. Test de Matrices Progresivas: Dominós/ 59
6.4. Prueba de inteligencia no verbal (Weil)/ 64

Capítulo 7

Instrumentos de evaluación para medir el proceso de atención

7.1. El Test de Atención de Toulouse/ 67
7.2. El Test Percepción de diferencias. Las caritas/ 70

Capítulo 8

Instrumentos de evaluación para medir la inteligencia y trastornos psíquicos de tipo orgánico

8.1. Introducción/ 74
8.2. Test Geltáltico Visomotor de Bender/ 77

Bibliografía/ 83

PARTE III

Instrumentos de Evaluación psicológica en el estudio de características de la personalidad

Felicia Mirian González Llaneza´

Capítulo 9

Instrumentos para el estudio de la personalidad

9.1. Introducción/ 87
9.2. Inventario de personalidad 16-PF de Raymont Cattell/ 89
9.3. Inventario multifacético de la personalidad (MMPI)/ 116
9.4. El Test de personalidad de Eysenck/ 140
9.5. Inventario de personalidad Cornell Index/ 145
9.6. Patrón de conducta tipo A/ 150
9.7. Locus de Control de Rotter/ 154
9.8. Inventario de autoestima de Coopersmith/ 158

Bibliografía/ 162

PARTE IV

Instrumentos de Evaluación psicológica para el estudio de los estados de ansiedad y depresión

Dra. Felicia Miriam González Llaneza, Dra. Marta Martín Carbonell, Dr. Jorge Grau Abalo, Dr. Alexis Lorenzo Ruiz

Capítulo 10

Instrumentos para el estudio de la ansiedad y la depresión

10.1. Introducción/ 165
10.2. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Ch. Spielberger/ 167
10.3. Escala de Ansiedad patológica de J. Grau y cols/ 174
10.4. Escala de ansiedad de Cattell (Autoanálisis)/ 181
10.5. Inventario ansiedad Beck/ 192
10.6. Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)/ 194

10.7. Inventario de Depresión de Beck/ 199
10.8. Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión /CES-D)/ 208
10.9. Autoescala de Depresión de Zung y Conde/ 211

Bibliografía/ 214

PARTE V

Instrumentos de medición para el estudio del estrés y el afrontamiento

Dra. Felicia Miriam González Llaneza, Dra.Marta Martín Carbonell y Dr. Jorge Grau Abalo

Capítulo 11

Instrumentos para el estudio del estrés y el afrontamiento

11.1. Introducción/ 219
La concepción del estrés como respuesta psicobiológica/ 220
La concepción del estrés como estímulos ambientales/ 223
Los modelos transaccionales que conciben al estrés como un proceso/ 227
Estrés, afrontamiento y apoyo social en el proceso salud-enfermedad/ 230
Conclusiones/ 233
11.2. Escala de afrontamiento de Lazarus/ 235
Calificación y Evaluación: Escala Modos de Afrontamiento/ 242
11.3. Vulnerabilidad al estrés Introducción: / 243
11.3.1. Test de Vulnerabilidad al Estrés/ 244
11.4. Lista de Indicadores de Vulnerabilidad al estrés/ 247
11.5. Inventario para la evaluación del estrés laboral "Burnout"/ 249
11.5.1. El Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B.)/ 254

Bibliografía/ 260

PARTE VI

Instrumentos de evaluación psicológica utilizando técnicas proyectivas

Dra. Felicia Mirian González Llaneza´

Capítulo 12

Instrumentos proyectivos para el estudio de la personalidad

12.1. Introducción a las Técnicas Proyectivas/ 265
12.2. Técnicas Proyectivas Gráficas/ 266
12.2.1. Dibujo de la figura humana de Machover/ 268
12.2.2. Dibujo de la casa, el árbol y la persona (HTP)/ 269
12.2.3. Test del árbol/ 271
12.3. Técnicas proyectivas de completamiento. Introducción/ 274
12.3.1. Test de completar frases de Rotter/ 275
12.3.2. Test de frustración, de Rosenzweig/ 280
12.4. Introducción a las Técnicas narrativas/ 282

Bibliografía/ 285

PARTE VII

Instrumentos de evaluación psicológica infantil

Dra. Felicia Mirian González Llaneza´, Dra. Marta Martín Llareza, Dr. Alexis Lorenzo Ruiz

Capítulo 13

Instrumentos de evaluación Infantil

13.1. Introducción: Particularidades del trabajo evaluativo con niños y adolescentes/ 289
13.2. Instrumentos para el estudio de la inteligencia y otros procesos psíquicos/ 294
13.2.1. Test de Matrices Progresivas: Raven Infantil/ 294

13.2.2. Dibujo de la figura humana de Goodenough/ 297
13.2.3. Prueba Gráfica de organización perceptiva de H. Santucci (Basado en el test de L. Bender)/ 302
13.2.4. Test de atención: Tachado de letras de Crespo/ 316
13.3. Instrumentos para el estudio de trastornos de ansiedad y depresión/ 321
13.3.1. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE-N)/ 321
Introducción/ 321
Método/ 323
Resultados/ 325
Discusión/ 329
Conclusiones/ 331
13.3.2. Inventario de autoevaluacion depresion rasgo / estado infantil ideren/ 336
13.4. Instrumentos para el estudio de problemas infanto-juvenil/ 341
13.4.1. Inventario de Problemas Juveniles (IPJ)/ 341
13.5. Escala de bienestar psicológico para adolescentes (BIEPS-J)/ 345
13.6. Escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS)/ 358
13.7. Instrumentos proyectivos de uso frecuente en niños.
Introducción/ 369
13.7.1. Características del dibujo de la Figura Humana y la Casa en niños, de acuerdo a su etapa evolutiva/ 369
13.7.2. Test del dibujo de la familia y el dibujo libre/ 373
13.7.3. Test de completar frases para niños de nivel primario/ 375
13.7.4. Técnicas narrativas/ 378
13.7.5. Test desiderativo/ 378

Bibliografía/ 384

Introducción a la asignatura

La asignatura Instrumentos de Evaluación Psicológica está orientada a facilitar la adquisición de los conocimientos necesarios, para la administración y calificación de los diferentes instrumentos de Evaluación en el campo de la Psicología en Salud.

Esta asignatura presenta los instrumentos de medida que utiliza la disciplina Psicodiagnóstico, la cual es conocida también con los nombres de Evaluación psicológica, Exploración Psicológica, y en ocasiones Test Psicológico. Esta disciplina forma parte de los planes de estudio de la carrera de Psicología en todas las universidades del mundo.

Los objetivos de la asignatura consisten en que el alumno:

- desarrolle la habilidad de aplicar y calificar algunas pruebas de evaluación psicológica de uso frecuente en la práctica de la profesión en el sector de la salud.
- identifique las funciones que debe realizar y los problemas que pueden presentar en el desempeño de las mismas.
- utilice adecuadamente el método de la observación durante la aplicación de las pruebas psicológicas.
- desarrolle la capacidad para el desempeño de sus funciones en un colectivo de trabajo acorde a los principios ético-profesionales y a una profunda formación de los valores humanos.

Para desarrollar estas habilidades las clases serán eminentemente prácticas. En la clase, primero se procederá a explicar, por cada prueba que se estudia, los fundamentos teóricos que la sustentan y las orientaciones metodológicas para su aplicación y calificación, seguidamente se ejercitará la aplicación y calificación de los tests en dúos de alumnos; un alumno aplicará al otro el test y viceversa, y cada estudiante calificará su propia prueba; también se ejercitarán estas habilidades en trabajos prácticos extraclase.

Durante el curso tenemos cortes evaluativos mediante seminarios y la entrega de trabajos prácticos que el alumno debe realizar por escrito sobre la aplicación del tests y su calificación, señalando además de la consigna y condiciones de la aplicación, el resultado de la observación a la persona examinada. La calificación final, sobre un

máximo de 5 puntos, consiste en la entrega de un caso al cual se le aplica una batería de pruebas, donde el estudiante debe consignar todo el proceso de aplicación, calificación y observación; de ese modo el educando pondrá de manifiesto las destrezas adquiridas.

El sistema de habilidades a desarrollar durante el curso será:

- Aplicar y calificar diversos instrumentos
- Utilizar adecuadamente el método de la observación durante la realización de sus tareas.

PARTE I

Apuntes para el estudio de los instrumentos de evaluación psicológica

Capítulo 1

Desarrollo histórico y los fundamentos teóricos y metodológicos que dan origen a la aparición de los tests

1.1. Introducción

Los instrumentos de evaluación psicológica son las técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas. Son muchos los instrumentos que sirven para este fin y variadas son también las formas que adquieren los test, su modo de presentación, el material con que están hechos, el objetivo que persiguen, etc., es tan amplia la cantidad de instrumentos que existen que se encuentran clasificados en diversas categorías, y todos ellos constituyen el arsenal tecnológico y metodológico con que cuenta nuestra ciencia para realizar sus mediciones; estos instrumentos constituyen la base sobre la cual descansan los fundamentos de la exploración y el análisis del comportamiento del hombre, concebidos de tal forma desde que surge la necesidad de evaluar las diferencias humanas.

Los instrumentos psicológicos son construidos en base a teorías psicológicas que intentan explicar el comportamiento humano. Los resultados de los mismos se integran al proceso evaluativo y a la toma de decisiones en relación a la persona en estudio; de forma tal, que la aplicación de los instrumentos de medida se constituye en la fase más importante del proceso de evaluación psicológica; igual ocurre en cualquier otro campo de la actividad humana, donde el uso correcto o incorrecto de los instrumento de medida determinan la calidad de la información que se obtiene, y por ende de las conclusiones finales a las que se arriban partiendo de dichos datos.

1.2. Orígenes y desarrollo de los instrumentos de evaluación psicológica

Para hablar del origen y desarrollo histórico de los instrumentos de evaluación psicológica tenemos que remontarnos a la época en que se

constituye la Psicología como ciencia independiente; este hecho está muy ligado al nombre de Wilhelm Wundt (1832-1920), psicólogo alemán, al que algunos autores consideran el padre de la Psicología. Wundt, a finales del siglo XIX crea el primer laboratorio de psicología experimental (1879); en ese laboratorio estudia las cualidades y los procesos psíquicos de forma aislada, mediante técnicas de laboratorio. Sin embargo, en ese mismo tiempo, y también anterior a Wundt, existían otras ideas acerca del estudio de los fenómenos psíquicos, pero desde una óptica diferente a lo que planteaba el psicólogo alemán; esas otras ideas referían que si bien todas las personas son muy parecidas en cuanto a sus procesos psíquicos - memoria, atención, inteligencia, emociones, etc. - también son diferentes en relación a esos mismos procesos psicológicos en los cuales son semejantes. Un grupo de psicólogos se interesó en el estudio de los procesos psicológicos como lo hiciera Wundt, y otros se inclinaron por el estudio de las diferencias observadas en esos mismos procesos psíquicos, de unas personas a otras. Es precisamente esta idea sobre las diferencias entre las personas, y el cómo medir dichas diferencias lo que da origen al surgimiento de los instrumentos de evaluación psicológica.

Acerca de esta idea sobre las diferencias entre las personas hay material escrito, mucho tiempo anterior a Wundt. Citamos, por ejemplo, entre los trabajos de mayor importancia que antecedieron al estudio científico de las diferencias en evaluación psicológica *Examen de ingenios para las ciencias*, de Juan Huarte de San Juan, en España, 1575. Este examen establece la diferencia entre las personas en cuanto a talentos, lo que permite clasificar a cada sujeto en una categoría básica para predecir su comportamiento y capacidad para el aprendizaje y de ese modo adecuar las características de las personas a las distintas clases de ocupación. Como se aprecia, tales ideas han estado presentes desde tiempos muy antiguos, pero la evaluación psicológica no se constituye en saber y disciplina independiente hasta el siglo pasado.

Fernández Ballesteros (1993), al hablar de la historia del Psicodiagnóstico, diferencia las fuentes del mismo de su constitución como disciplina científica. Distingue la prehistoria de la historia, de acuerdo a determinados ejes de referencia: en la primera sobresalen los grandes paradigmas del conocimiento humano (mítico, racional-especulativo y científico), y en la segunda, los grandes modelos psicológicos (experimental, correlacional y aplicado).

El período místico trata de la astrología y el horóscopo como la etapa más antigua de la evaluación psicológica; a este período le sigue el racional-especulativo, en el cual los esfuerzos para describir y determinar la conducta en las personas se basan en la fisiognomía, estas ideas aparecen en personas tan lejanas en el tiempo como Hipócrates (a. de C) y

otros tan cercanos a nuestros días como son los trabajos tipológicos de Kretschmer, 1923; Sheldon, 1940; Thomas, 1970 y otros autores.

Al hablar de la constitución de la evaluación psicológica como disciplina científica hemos de citar a Francis Galton, McKeen Cattell y Alfred Binet. Con los aportes que realizan estos investigadores parecen quedar establecidas las bases conceptuales, metodológicas y tecnológicas del psicodiagnóstico.

Los comienzos de la evaluación científica de las diferencias humanas se deben en parte a los esfuerzos de Galton (1822-1911), quien funda en Londres, en 1884, un Laboratorio Antropométrico, donde realiza mediciones a las personas sobre su estatura, peso, capacidad auditiva, agudeza visual, capacidad sensorial discriminativa y otra serie de evaluaciones sensoriales, perceptivas y motoras, su mayor aportación fue la sistematización de la recogida de datos y su tratamiento estadístico. De esta forma, introduce las bases de la evaluación cuantitativa de las diferencias humanas y da inicio al estudio psicológico de las diferencias individuales frente a la psicología experimental de finales del siglo XIX; algunos autores consideran esto como el punto de partida de los test mentales. A Galton se le considera el fundador de la Psicología diferencial mientras que otros autores otorgan este merito a W. Stern, quien en 1900 publicó un trabajo "*Sobre la psicología de la diferencias individuales*".

M. Cattell, psicólogo estadounidense, 1861-1934, es otro de los grandes de la evaluación psicológica: introduce el concepto de tests mental en 1890; publicó varias pruebas sobre ejecuciones específicas de los sujetos a nivel sensorial, perceptivo y motor, destacándose en el estudio diferencial de los tiempos de reacción; rechaza la introspección como método de estudio y se pronuncia por la necesidad de que las medidas obtenidas en los tests sean objetivas, con ese fin plantea el uso de baterías de pruebas para la evaluación psicológica, en el año 1896, introduciendo de este modo el concepto de batería de pruebas.

Las principales aportaciones de este autor son: el concepto de test mental como instrumento de medida de determinadas características psicológicas; la creación de técnicas de evaluación de funciones sensoriales, perceptivas y motoras, agrupadas en dos baterías de pruebas, siendo el primer autor que utiliza el término "batería de pruebas"; y su énfasis en la utilización de medidas objetivas en los test mentales.

El trabajo de Alfred Binet, 1857-1911, en Francia, marca un avance cualitativo importante en el estudio de las diferencias individuales, este autor propone un nuevo enfoque en la evaluación psicológica. Su objetivo no son las diferencias de las funciones sensoriales, perceptivas y motoras planteadas por Galton y Cattell; su interés en las diferencias individuales se dirige a la evaluación de las funciones psíquicas superiores.

Para lograr ese objetivo de evaluar las funciones psíquicas propone el método de los tests mentales, y preocupado por la objetividad de estos instrumentos, plantea:

- Que dichas pruebas deben ser sencillas,
- que en su aplicación se invierta poco tiempo,
- que sean independientes del examinador
- y que los resultados obtenidos puedan ser contrastados por otros observadores.

En el trabajo que realiza con niños, en cuanto al estudio diferencial del niño normal y el retrasado mental considera tres métodos: el examen médico, el examen escolar que realiza el maestro y el diagnóstico psicológico que evalúa los procesos mentales superiores del sujeto mediante su ejecución en una prueba, dando lugar así, junto a su colega Theodore Simon, al primer test de inteligencia, en 1905.

De este modo, Binet introduce el primer concepto claro de diagnóstico psicológico. Introdujo el concepto de edad mental, al considerar que la inteligencia se incrementaba con el desarrollo y el concepto de retraso mental también se encuentra muy relacionado con sus trabajos.

Binet y su escala han sido tan determinantes para el psicodiagnóstico, que se ha llegado a afirmar que la publicación de la escala Binet-Simon marcó el paso definitivo de la evaluación psicológica como disciplina científica.

La trascendencia de Binet para la evaluación psicológica llega a nuestros días; su escala de inteligencia fue adaptada en 1916 a la población norteamericana y desde entonces se conoce como el Test de Stanford - Binet, el cual ha sido revisado en varias ocasiones para su ajuste adaptativo y más tarde, revisiones de la prueba efectuada en 1960 y en 1973, dieron lugar a un nuevo instrumento que ha adoptado el nombre de Terman Merrill.

Estos tres autores son los iniciadores de la constitución de nuestra disciplina, y comparten ese merito con otros científicos, como por ejemplo los primeros psicólogos matemáticos Pearson y Spearman, que en la última década del siglo XIX dan lugar a importantes técnicas estadísticas que son la base matemática necesaria para los estudios de grupo propios de la Psicología diferencial, a través de los cuales serán construidos los tests psicológicos.

Otra figura importante es Lightner Witmer (1867-1956), es el iniciador de la aplicación clínica de la evaluación psicológica, él crea la primera clínica psicológica dirigida al diagnóstico y tratamiento de problemas académicos y de conducta de los niños. Es uno de los fundadores de la disciplina de evaluación psicológica como método científico. Su

trabajo no se limitaba al uso de los tests, utilizaba otras técnicas entre ellas se destaca el método de la observación.

La comprensión y apreciación de las aportaciones de estos pioneros de la disciplina sigue siendo incluso hoy motivo de revisión y estudio, pues permite adentrarse en las bases de la propia disciplina.

La constitución de la evaluación psicológica como disciplina abarca un período aproximado de 1890 a 1910, período en el cual se perfila el concepto de Evaluación Psicológica como una disciplina de la Psicología Científica, dedicada a la exploración y al análisis de la individualidad, a través de la medición de aptitudes y características de la personalidad, para lo cual utiliza instrumentos de medida que adoptan el nombre de "Tests mentales".

1.3. Momentos que marcan el auge de los instrumentos de evaluación psicológica

Posterior a Binet y en la primera mitad del siglo XX, hubo un gran desarrollo en la creación de instrumentos de evaluación psicológica siguiendo la línea psicométrica; acontecimientos internacionales propician este incremento:

La I Guerra Mundial (1914-1918) favorece el auge en la creación de instrumentos de evaluación psicológica. Se solicita a los psicólogos la necesidad de clasificar a los soldados sobre la base de dos aspectos de utilidad a los fines de la contienda:

1. El ordenamiento de los hombres basado en la capacidad intelectual, lo que motivó el desarrollo de los tests de inteligencia: el Alfa y el Beta.
2. La tipificación de los soldados en cuanto a la posibilidad de que pudieran sufrir crisis nerviosas, esta necesidad dio lugar a que el psicólogo estadounidense Robert Woodworth elaborara la "Hoja Personal de Datos", que es considerada, por algunos autores, como el antecedente de los modernos tests de personalidad.

La II Guerra Mundial (1939-1945) realiza a los psicólogos las mismas encomiendas, lo cual posibilita la aparición de nuevos instrumentos.

Entre la I y II Guerra Mundial, etapa donde se mantienen las hostilidades entre los países participantes en la guerra, también se desarrollan un amplio número de test psicológicos con el modelo psicométrico, como por ejemplo el Wais en 1930 y Las Matrices Progresivas de Raven en 1936.

Los instrumentos psicométricos no son los únicos que surgen en la primera mitad del siglo XX. Desde una perspectiva diferente y a partir de la obra de Freud, *La interpretación de los sueños*, publicada en 1900, aparecen algunas técnicas para el estudio de la personalidad que se les denomina técnicas proyectivas. Algunos ejemplos de técnicas proyectivas:

1906: Test de asociación de palabras de C. Jung
1921: El Rorschach de Hermann Rorschach
1926: Test del dibujo de la figura humana de Goodenough.
1938: TAT de Murray
1944: El Test de tolerancia a la frustración, de Rosenzweig

En general, se puede decir que en la primera mitad del siglo XX se originan y consolidan los modelos psicométrico y proyectivo en su concepción teórica y tiene lugar un aumento considerable la producción de instrumentos y técnicas de evaluación psicológica.

1.4. Instrumentos psicométricos

Hemos utilizado el término de instrumentos psicométricos en el proceso de evaluación psicológica.

Los términos *psico* y *metría*, significa: medida de los fenómenos psíquicos. Por tanto, los tests psicométricos intentan medir habilidades cognitivas o rasgos de personalidad, en las personas estudiadas.

Los tests psicométricos son instrumentos estructurados, es decir, en ellos la persona tiene que escoger, entre alternativas de respuestas posibles, aquella que considera se ajusta mejor en su caso particular. Por ejemplo:

1. En el Test de Matrices Progresivas de Raven, se le presenta a la persona un cuadro al que le falta una parte, la persona debe escoger la parte que falta entre 6 u 8 alternativas posibles.
2. En el test 16 PF de Cattell, se le presenta al sujeto una serie de preguntas y la persona tiene que elegir, ante cada pregunta, una de las 3 alternativas de respuestas posibles, aquella que se ajusta mejor en su caso particular.

El uso de estas técnicas psicométricas, vincula a la evaluación psicológica con otra disciplina del campo de la Psicología Científica, la cual se ocupa de la construcción y elaboración de los instrumentos de medida: la Psicometría.

La Psicometría garantiza que los instrumentos de medida sean debidamente estandarizados y posean la validez requerida que haga posible

dichas medidas y posibiliten la diferenciación de unas personas en relación a otras en determinada población.

Las técnicas psicométricas quedan englobadas dentro del proceso de evaluación psicológica; el proceso evaluativo utiliza las pruebas psicométricas como instrumentos de medida con el objetivo de alcanzar una información más amplia del sujeto, que le permita al investigador, crear hipótesis de trabajo, que orienten su proceder evaluativo y diagnóstico.

1.5. Fundamento teórico. El modelo psicométrico o de los atributos

El modelo psicométrico para la evaluación psicológica, como hemos visto, surge por la influencia de la psicología diferencial dada la necesidad de realizar el trabajo de diagnóstico o diferenciación de unas personas con relación a otras. Es decir, la valoración de las diferencias individuales se obtiene mediante la ejecución, por parte de los sujetos, en diferentes test o instrumentos de evaluación. De este modo, se identifican rasgos o dimensiones que tienen que ver con las funciones intelectuales o con características de la personalidad del sujeto estudiado. Una vez definidos estos rasgos adquieren valor explicativo para fundamentar el estudio realizado. Estos tipos de instrumentos tienen en su base los aportes de Galton, Cattell y Binet referidos previamente.

El fundamento teórico que explica el modelo psicométrico considera, que la conducta está determinada por atributos intrapsíquicos estables, por lo que la tarea evaluadora consiste en la búsqueda de las manifestaciones externas de la conducta, que nos sirven de indicadores del estado interno de dichos atributos no evaluables directamente. La relación entre los atributos internos y las manifestaciones externas (que son las respuestas a los tests) están basadas en las técnicas correlacionales que aporta la estadística; una vez conocida esa relación, y dado que los atributos internos son estables, se puede predecir como será el comportamiento futuro de una persona. A esos atributos internos, en función de los cuales se explica la conducta, se les denomina rasgos. Los rasgos son constructos hipotéticos, teóricos, inferidos de la observación de la covariación de conductas simples.

Expliquemos estos fundamentos teóricos con lo que nosotros hacemos habitualmente: todos tenemos la tendencia a evaluar a las personas en base a determinados rasgos o aptitudes que observamos en ellas. Por ejemplo, decimos, Pedro es muy inteligente, y Juan es menos inteligente que Pedro. La manifestación externa de la conducta nos dice que Juan es

inteligente pero que Pedro lo es mucho más (fíjense que estamos atribuyendo atributos estables en Juan y Pedro utilizando la manifestación externa de la conducta)

También podemos decir, Pedro no ha desarrollado aún toda su capacidad para las matemáticas, es decir sabemos que Pedro tiene habilidad para las matemáticas pero también pensamos, en base a la observación, que tiene mayores potencialidades para las matemáticas que aún no ha desarrollado; por lo tanto, creemos que Pedro debe estudiar Matemáticas, pero Juan no debe estudiar matemáticas (en este caso estamos considerando, a partir de la manifestación externa del comportamiento de Pedro, cómo se encuentra el atributo o los atributos internos que posibilitan su habilidad para las matemáticas. Y también estamos infiriendo el estado de esa capacidad interna, no observable, en Juan) De tal forma, hemos realizado una "clasificación" y "predicción" a punto de partida de la conducta externa observada.

El modelo psicométrico parte de criterios similares pero utilizando la "objetividad" de instrumentos de medida. Los seguidores de este modelo consideran que la personalidad está formada por rasgos o aptitudes que son estables en el individuo y conforman su estructura básica de personalidad, por lo tanto, ellos plantean: si se tiene un instrumento de medida que permita conocer la magnitud "objetiva" del rasgo que presenta cada persona en su conducta externa, se puede predecir la conducta futura en la persona evaluada. Las técnicas psicométricas son esos instrumentos que posibilitan evaluar en que medida un rasgo interno, está presente en cada persona; es decir, en todo momento Pedro tendrá igual capacidad para las matemáticas, por ejemplo. El criterio de la estabilidad de los rasgos, es lo que permite predecir la conducta una vez que se ha medido el rasgo.

Los resultados obtenidos en los tests de inteligencia y aptitudes pueden ser buenos predictores de la ejecución futura del individuo en otros contextos, como se ha probado repetidamente, por ejemplo, en el campo del rendimiento académico; pero la tarea evaluadora con estas técnicas se quedan en el objetivo "clasificatorio y predictivo".

De tal forma se concluye en este modelo:

- que las manifestaciones externas en los tests sirven de indicadores del estado interno de los atributos o rasgos no evaluables directamente; y que dada la estabilidad de los atributos internos, los resultados de los tests sirven para clasificar a las personas en relación al rasgo estudiado, y para predecir su comportamiento futuro.
- que el criterio de atributos intrapsíquicos estables es producto de la elaboración de constructos hipotéticos, teóricos, inferidos de la observación de conductas simples.

Este modelo presenta una serie de limitaciones que veremos más adelante.

El modelo psicométrico presenta dos vertientes en su desarrollo, los tests de inteligencia y aptitudes, y los cuestionarios de personalidad. La medición de las distintas variables, en cualquiera de estas dos vertientes, descansa sobre el mismo fundamento cuyas características hemos señalado y que consiste en evaluar a los sujetos por una serie de variables (rasgos o aptitudes) que se consideran estables en el individuo, por lo que se puede predecir su conducta una vez que hemos medido esos rasgos.

El tipo de análisis de la personalidad que se hace desde el modelo psicométrico pretende ser objetivo y molecular, siendo la "objetividad" el aspecto más resaltado por los seguidores de este modelo. La objetividad se busca con el apoyo de las matemáticas, específicamente en la psicometría, enfatizando los aspectos cuantitativos de la evaluación. Realmente, los desarrollos realizados en metodología de la evaluación por este enfoque han sido significativos y definidores de la tarea diagnóstica. Los conceptos de fiabilidad y validez han sido y son criterios clave para juzgar a las pruebas psicológicas.

1.6. Los instrumentos para la medición de la inteligencia y las aptitudes

En la primera mitad del siglo XX se desarrollan los estudios psicométricos que se llevan a cabo sobre la inteligencia, dando lugar a una polémica trascendental acerca de la estructura factorial de la misma. Por una parte la teoría de los factores de Spearman que considera la existencia de un factor "G" de la misma. El factor "G", para Spearman, es una función o grupo de funciones común a cualquier actividad intelectual. Y con igual importancia está presente la teoría de la pluralidad de factores de Thurstone. Ambas posiciones dan lugar a que se creen gran cantidad de pruebas dirigidas a medir las aptitudes del individuo. Finalmente, se reconoce la existencia de un factor general "G" que explica gran parte pero no toda la varianza, y la presencia de factores, de grupo que también explican una parte significativa de esa varianza.

La evaluación psicométrica de la inteligencia y de las aptitudes, que estudiaremos, consiste en medir las ejecuciones de los sujetos en distintas pruebas y comparar sus resultados con los de otros sujetos pertenecientes al grupo normativo o de referencia, que está constituido por personas del mismo sexo y/o edad cronológica y/o nivel socioeconómico y/u otro tipo de variables, para obtener conclusiones respecto a las habilida-

des cognitivas del sujeto. Para realizar dicha comparación se utilizan tablas normativas, estas tablas presentan los valores normativos para dicha población.

Los tests de inteligencia y aptitudes establecen diferencias en la ejecución de las personas, dentro de determinada situación ambiental, que pueden ser utilizadas para distinguir grupos de sujetos (por ejemplo, deficientes mentales de distintos niveles, no deficientes, inteligencia baja). Asimismo, los resultados de los tests de inteligencia y aptitudes pueden ser buenos predictores de la ejecución futura del individuo en otros contextos, como se ha probado repetidamente, por ejemplo, en el campo del rendimiento académico. Pero la tarea evaluadora con estas pruebas se acaba en el objetivo clasificatorio y predictivo.

Ya a principios de los sesenta, al hablar de los usos y abusos de los tests, Anne Anastasi (1970) comentaba que una mala utilización común de los tests provenía de la confusión de medida con etiología. Se refería entonces a la influencia de factores ambientales sobre las puntuaciones de los tests, ya que se miden muestras de conducta, que como tales están sujetas a la incidencia de factores del medio, debiendo limitar el uso de los tests para comparar diferentes grupos ante la pregunta ¿Cuánto difieren estos grupos bajo las condiciones culturales existentes?

Podemos concluir, en relación a la evaluación psicológica realizada con instrumentos de medida, la importancia que tienen en el desempeño que se alcanza en un test, las condiciones que rodean a la persona en un momento dado, lo cual resulta independiente de la verdadera posibilidad que posee dicha persona en cuanto a lo que se mide.

1.7. Los instrumentos para el estudio de la personalidad

La otra vertiente del modelo psicométrico son los cuestionarios de personalidad. Para la evaluación de la personalidad se ha diseñado un gran número de técnicas. Desde el punto de vista teórico, el cuestionamiento de los tests psicométricos de la personalidad se centra en torno a la consistencia de la conducta, en distintas situaciones frente a la especificidad situacional de la misma. Los partidarios de la consistencia de la conducta independientemente de la situación, explican el comportamiento en base a disposiciones o rasgos que ya vienen dados, citamos algunas consideraciones al respecto: los que plantean la consistencia de los rasgos de personalidad por las características físicas que tiene la persona, entre los que encuentran Sheldon, Kretschmer; otros autores consideran lo estable de la conducta partiendo de variables fisio-

lógicas como es el caso de Eysenck, Claridge; Cattel, por ejemplo ,incorpora las condiciones del medio cuando habla de la conducta, pero lo hace desde una posición que enmarca lo endógeno o lo que ya viene dado como rasgos estables en el proceso de interacción individuo-medio, que da lugar, por lo tanto, a una forma de interrelación única para cada sujeto; otros autores opinan que la conducta está fijada biológicamente en la especie humana, igual que sucede con los animales; en fin, esta posición deja un margen nulo o muy estrecho al factor histórico-personal y sociocultural en la determinación de la conducta

Los objetivos de la evaluación con los cuestionarios de personalidad se restringen a la clasificación y a la predicción, igual que se comentó antes para los tests que miden habilidades cognitivas. Los constructos utilizados en estos tests son igualmente inferidos, son hipotéticos, permitiéndonos únicamente obtener conclusiones acerca de datos comparativos de grupos de personas, basados en la norma poblacional. Estos instrumentos permiten encontrar correlatos entre conductas, pudiendo predecir el comportamiento con cierta probabilidad. Los rasgos no tienen dimensión explicativa de la conducta de las personas, al menos la mayor parte de los rasgos derivados del modelo psicométrico, y carecen de utilidad para el tratamiento.

1.8. Características generales de las técnicas psicométricas

Los tests psicométricos son instrumentos estructurados en los cuales la persona evaluada tiene que escoger, entre alternativas de respuestas, aquella que considera se ajusta mejor en su caso particular. Comentamos diversas características de este modelo, como son:

- Los tests psicométricos se basan en el principio de medir la ejecución de las personas en los mismos y comparar sus resultados con los obtenidos por otros sujetos pertenecientes al grupo normativo o de referencia. Grupo normativo que está constituido por personas del mismo sexo y/o edad cronológica y/o nivel socioeconómico y/u otro tipo de variables, para obtener conclusiones respecto a las habilidades cognitivas de los sujetos estudiados.
- En este modelo la conducta se entiende determinada por atributos intrapsíquicos estables, por lo que la tarea evaluadora consiste en la búsqueda de las manifestaciones externas (que son las respuestas dadas en los tests). Estas manifestaciones sirven de indicadores de los trastornos internos no evaluables directamen-

te. Las relaciones entre los atributos internos y las manifestaciones externas están basadas en las técnicas correlacionales.

- Los atributos internos, en función de los cuales se explica la conducta, se les denomina rasgos. Los rasgos son constructos hipotéticos, teóricos, inferidos de la observación de la covariación de conductas simples.
- Las técnicas psicométricas, por tanto, son instrumentos de evaluación de rasgos o aptitudes, que en una u otra magnitud conforman la estructura básica de la personalidad en cualquier ser humano. En su concepción está el criterio de la estabilidad de esos rasgos en las personas, lo que permite predecir su conducta una vez que se han medido.
- Este modelo no tiene en cuenta el contexto en el que está inmersa la persona que contesta el test.

1.9. Técnicas proyectivas

Las técnicas proyectivas deben su nombre al término proyección, introducido por Freud en 1894 y que, nuevamente, elabora en 1896 en su obra *Las Neuropsicosis de Defensa*, obra donde se acuña el concepto de proyección como mecanismo de defensa.

Desde entonces se define este concepto como el mecanismo a través del cual se atribuye a otros (personas u objetos) sentimientos y emociones internas, reprimidas, que de ser conscientizadas crearía angustia, por lo que se extroyecta hacia otra persona, quedando liberado el sujeto del estado de tensión que tales emociones le producirían.

Más tarde, en su obra *Tótem* y *Tabú*, Freud amplia nuevamente su concepto de proyección, a condiciones no patológicas. En esta oportunidad considera la proyección como un mecanismo por el cual percepciones internas, provocadas por procesos ideacionales y emocionales conscientes, son proyectadas en el mundo exterior.

A pesar del nuevo sentido que adquiere el término proyección, el concepto sigue siendo utilizado por muchos autores como mecanismo de defensa para liberar angustia, adjudicando a otras personas, aspectos indeseables de uno mismo.

A pesar de la fecha en que Freud introduce el término proyección, no es hasta 1939 en que las técnicas que hoy día son denominadas como proyectivas reciben ese nombre. El psicólogo norteamericano L. K. Frank (1939) es quien elige el término de técnicas proyectivas para aquellas pruebas cuyo estímulo es ambiguo o de poca estructuración y da libertad de respuesta al sujeto sin que la persona sea del todo consciente del objetivo que se persigue con dicha evaluación; lo que permite, de este

modo, que a través de la respuesta, se pongan de manifiesto, o se proyecten al exterior, los estilos básicos de personalidad del sujeto y los estados transitorios por los que atraviesa. Es importante resaltar que Frank utiliza el término "proyección" en el sentido amplio del concepto dado por Freud.

Para la fecha en que Frank denomina a este tipo de pruebas como proyectivas ya eran conocidas algunas técnicas cuyas características se ajustaban a dicha descripción, como son:

- Técnica de asociación de palabras de Jung, que aparece en 1905.
- Test de las manchas de tinta de Hemann Rorschach, en 1921.
- Test de apercepción temática, el conocido TAT de Murria, de 1938.

Rapaport (1959) afirma que cuando se utiliza el concepto de proyección, hablando de tests proyectivos, se habla en realidad de exteriorización y no de mecanismo de defensa, expresa que lo que se entiende por proyección es lo que Frank formuló al decir: "*Cada individuo tiene un mundo privado que está estructurado de acuerdo con los principios organizativos de su personalidad y los tests proyectivos estudian estos principios organizativos, induciendo al sujeto a ponerlos de manifiesto utilizando un material no estructurado, que el sujeto incorpora a su mundo privado*".[1]

Las técnicas proyectivas parten del presupuesto de que:

- Existe una estructura básica y estable de personalidad. Tal estructura está integrada por ciertas dimensiones o rasgos que se encuentran organizados en forma idiosincrásica. Las respuestas de los sujetos a estas técnicas permiten explorar esa estructura.
- Facilitan alcanzar distintos niveles de profundidad en el análisis de la estructura de la personalidad.
- Permiten establecer una relación entre el producto de la ejecución en las pruebas y lo inobservable de la estructura de la personalidad. El análisis de la estructura de la personalidad obtenida de esta forma permitirá la predicción del comportamiento.
- Toda respuesta ante el material proyectivo no es casual, sino que es significativa y será entendida como un signo de la personalidad del sujeto.
- Cuanto más ambiguos sean los estímulos de una técnica proyectiva, tanto más reflejarán las respuestas del sujeto, la personalidad del mismo.
- El análisis al que son sometidas las respuestas de los sujetos a las técnicas proyectivas tiene que ser fundamentalmente cualitativo y global.

[1] Rapaport, David: Test de Diagnóstico Psicológico, p.

Las técnicas proyectivas tienen algunos problemas sin resolver como:

- La ausencia de un marco teórico homogéneo. El psicoanálisis ha sido el marco teórico de mayor influencia en el uso de estas técnicas.
- Ausencia de tipificación de las consignas de aplicación, de los procedimientos de calificación, corrección e interpretación.
- Necesidad de formación intensa y extensa para trabajar el proceso de interpretación de las mismas.

Jamás los tests proyectivos pueden ser utilizados como medios únicos para el diagnóstico. La información que ofrecen estas técnicas son hipótesis de trabajo que deben ser corroboradas por otros tests cuantificables como son las pruebas de inteligencia y de personalidad y, por supuesto, por la entrevista al paciente y personas cercanas a él. Un rasgo de personalidad obtenido en cualquier test será tenido en cuenta si tiene consistencia estadística, es decir si se halla presente en varios tests.

Las técnicas proyectivas se clasifican en:

Estructurales: son aquellas técnicas que presentan al sujeto un material visual, de escasa estructuración y él debe estructurar, ese material, diciendo "qué es lo que ve" por ejemplo el Rorschach.

Temáticas: son técnicas que presentan, al sujeto, el material visual con distintos grados de estructuración de contenido humano o parahumano y el sujeto debe narrar una historia estructurando de ese modo el contenido de dicho material. Ejemplo de técnica temática es el TAT de Murray.

Constructivas: son técnicas en que se entrega al sujeto material de construcción, él debe organizarlo y construir algo de acuerdo a la consigna dada, ejemplo el Test de la Casa Aberastury.

Expresivas: técnicas en las cuales se da al sujeto la consigna verbal o escrita de dibujar una/s figura/s. Ejemplo son el test de la figura humana, y el test de la familia.

Asociativas: técnicas en que se da al sujeto una consigna, verbal o escrita. El sujeto debe expresar, de forma verbal o escrita, sus asociaciones frente a palabras, frases o cuentos, ejemplo de ello son las frases incompletas de Rotter.

1.10. Puntos de contacto entre ambos modelos: Psicométrico y proyectivo

El enfoque psicométrico y el proyectivo, a pesar de su aparente oposición en los objetivos y procedimientos de evaluación, mantienen características comunes:

- Ambos enfoques asumen el criterio de la estabilidad de la conducta.
- El procedimiento de evaluación, en ambos enfoques, se dirige a descubrir las estructuras internas o características de personalidad del individuo, que nos permitieran predecir su comportamiento.
- Se entiende la evaluación como una actividad independiente de la intervención.

1.11. Clasificación de los tests

Los tests pueden clasificarse de diversas maneras: por su forma, por el contenido, por el objetivo que persigue, por la forma de aplicación, por el material con el cual están hechos, etc.

- Ya hemos presentado un modo de clasificación de los tests en las páginas anteriores, nos referimos a los tests psicométricos y a los proyectivos. Estos instrumentos difieren en el basamento teórico que se puede utilizar para la interpretación de las respuestas que ofrece el sujeto, pero parten de la misma génesis teórica donde lo que se intenta es descubrir las estructuras internas de personalidad que permiten predecir el comportamiento de la persona, dado lo estable de estas estructuras. Los instrumentos psicométricos y proyectivos difieren, además, en los materiales que utiliza, en la tarea que se le impone al sujeto, en la consigna, etc. Los alumnos pueden realizar la tarea: semejanzas y diferencias entre ambos tipos de tests psicológicos.
- También, la clasificación de los instrumentos de evaluación está en correspondencia al modo de aplicación de la prueba, como son los test individuales y los colectivos. Es importante conocer cuáles son los tests que pueden aplicarse de modo colectivo y cuales requieren de un proceder más especializado. El test colectivo tiene la ventaja que reduce la influencia del examinador sobre el sujeto y asegura mayor uniformidad en el procedimiento de aplicación. En este curso se estudiaran los test de aplicación colectiva, aunque estos instrumentos también pueden ser aplicados de forma individual.
- Otra forma en que se acostumbra a clasificar los test psicológicos es según los aspectos de la conducta que miden. Esta clasificación es algo arbitraria, sin embargo, presenta ventajas prácticas que hace que sea utilizada por algunos autores, ya que, de forma rápida, permite encontrar el test que se busca. Ejemplo de tipos

de test de esta clasificación: Test de inteligencia, test de personalidad, test de atención, tests de ansiedad, etc.

- Los test pueden clasificarse en dependencia del material que se utiliza como son los Test de papel y lápiz, Test de ejecución, test verbal. En este curso se estudiaran fundamentalmente los tests de papel y lápiz.

1.12. Críticas a este tipo de pruebas psicológicas

Reforzamos la idea acerca de que debemos ser conscientes de las posibilidades y limitaciones de los instrumentos de evaluación psicológica, y recordamos lo dicho por Anastasi: "*hemos de limitarnos a contestar las preguntas que los tests pueden contestar, y no abusar de su uso*".[2]

Uno de los problemas más señalados en el uso de test psicométricos es la influencia que ejercen sobre los resultados de la evaluación, la situación ambiental, en general, que rodea al sujeto, incluyendo al examinador en particular (Anastasi, 1970). Tres son estos efectos:

Los *efectos de la situación*: se refiere a la contaminación de los datos obtenidos en una evaluación debido a acontecimientos temporales que suceden en torno al tiempo del examen, como pueden ser la influencia de factores familiares o ambientales o profesionales o de otro tipo, lo que hace que la ejecución del individuo se vea influenciada transitoriamente; pero el evaluador lo puede interpretar como una característica permanente en esa persona.

Las aptitudes de las personas no son la única causa que contribuye a diferenciar la ejecución en las pruebas. La ejecución de los individuos está muy relacionada con el contexto, pudiendo ser las diferentes interacciones que tienen los sujetos con el ambiente, antes del examen, la causa de las diferencias en la ejecución. Este tema es parte de la polémica generalidad-especificidad de la conducta que se estudia mediante este tipo de instrumentos.

Los efectos del examinador: se refieren a la influencia del examinador y a la interacción entre el examinador y el examinado, como causa que afecta la ejecución del sujeto en la prueba, y por ende a los datos recogidos.

Los efectos de la *situación y del examinador* son variables que reducen la fiabilidad y validez de las evaluaciones.

[2] Anastasi, A.: tests psicológicos, p.

Las "distorsiones" o "tendencias" o "estilos de respuesta" influencian la ejecución de los sujetos en los tests; estas variables son muy diversas, destacando: la simulación, la deseabilidad social y las tendencias de respuesta:

La simulación, es el intento de falsear las respuestas intencionadamente, tenemos ejemplos cotidianos, como es la simulación de varias alteraciones comportamentales para obtener la baja laboral. Aunque se han construido escalas dirigidas a detectar la sinceridad en algunos cuestionarios de personalidad, el evaluador debe preocuparse de contrastar por otras fuentes, lo más objetivas posibles, los datos obtenidos mediante los tests de personalidad.

La deseabilidad social es la tendencia a responder de acuerdo con estándares sociales aceptables en la comunidad.

Las tendencias de respuesta son las influencias que ejerce el tipo de alternativa de respuesta ofrecido por la prueba sobre la respuesta del individuo.

Otras críticas importantes a considerar en este tipo de instrumento:

Los estilos de respuesta son otras de las variables que no se tienen en cuenta por estos instrumentos. Diversos estudios indican lo inapropiado de medir características de personalidad en personas de grupos étnicos minoritarios o en poblaciones pertenecientes a condiciones socio-económicas y culturales diferentes con los datos normativos obtenidos sobre otra población. Estos estudios sugieren que puede haber patrones diferentes de respuesta significativos para los miembros de minorías étnicas u otras culturas en los tests de personalidad y psicopatología, o incluso, que los correlatos conductuales de los patrones de respuesta sean diferentes para los miembros de esas poblaciones. Algunos investigadores alegan que controlando los efectos de niveles educativos y socioeconómicos desaparecen las diferencias, pero otros investigadores muestran que incluso, en estos casos, existen diferencias estadísticamente significativas. El tema requiere todavía la atención detenida de los investigadores hasta poder establecer el problema con claridad. En todo caso, la precaución es la recomendación encarecida a la hora de aplicar instrumentos de evaluación psicológica, con datos normativos correspondientes a una cultura diferente.

Indudablemente lo anterior es una crítica social hacia los tests psicológicos que consiste en acusar que la práctica evaluativa mediante estos instrumentos fomenta el conformismo social; por supuesto que es así, pues esta práctica se corresponde con una posición filosófica que niega

el valor de lo social en la determinación del psiquismo y por tanto, considera que las cualidades de los individuos ya vienen dadas, y no van a cambiar, negando de ese modo posibilidades a las personas que, por su extracción social han tenido menos posibilidades económicas, educativas y culturales, lo que se pone de manifiesto en su desempeño en los tests.

Consideramos como la crítica más importante a los test basados en rasgos estables (entendido el psiquismo como determinado, fundamentalmente, de forma endógena), la posición que se ofrece desde la concepción dialéctico- materialista, donde se entiende el psiquismo y su forma de expresión individual como el resultado del devenir socio- histórico del hombre modelado por la herencia cultural en la cual vive, y en conjunto con el contexto situacional de la persona se pone de manifiesto en las respuestas a los test.

1.13. Ventajas de estos instrumentos

Los tests de inteligencia y aptitudes establecen diferencias en la ejecución de las personas, dentro de determinada situación ambiental, que pueden ser utilizadas para distinguir grupos de sujetos, por ejemplo, deficientes mentales de distintos niveles; no deficientes; inteligencia baja, etc.

Asimismo, los resultados de los tests de inteligencia y aptitudes pueden ser buenos predictores de la ejecución futura del individuo, pero siempre es necesario integrar dicho resultado a la información general que se posee de la persona antes de tomar la decisión final, pues como se ha comentado anteriormente estos resultados pueden estar permeados por otros aspectos ajenos a las verdaderas posibilidades que posee un sujeto de forma individual.

Estos instrumentos son una vía para obtener una medida "objetiva" de los rasgos que se estudian en un sujeto en un momento dado, lo cual posibilita la creación de hipótesis de trabajo para el investigador.

Los test son un medio auxiliar para el diagnóstico individual y diferencial de la personalidad. Estos instrumentos son fáciles de aplicar y en su mayoría son también fáciles de calificar.

Capítulo 2

Conceptos básicos para la asignatura

2.1. Introducción

En este capítulo se estudiarán algunos conceptos básicos para esta asignatura como son la fiabilidad y validez de un tests, lo que se entiende por muestra tipificada y población, y las normas de tipificación, criterios estos indispensables para garantizar la objetividad de un tests y de su interpretación; algunas normas ya están implícitas en el propio proceso de construcción de los tests, pero existen otras normas tipificadas que se deben cumplir en el proceso de aplicación y calificación de los mismos, las que serán objeto de estudio en el capítulo siguiente.

Los resultados de los tests psicológicos constituyen datos objetivos de mayor o menor confianza en dependencia del cumplimiento de las normas establecidas para su construcción y elaboración (información que se obtiene a través del manual para el uso de dicho instrumento), pero también el grado de confiabilidad de los datos que se obtiene de los tests depende del desempeño del experto que aplica y califica estos instrumentos; de igual forma es importante conocer, para otorgar determinado grado de confianza a estos datos, el contexto cultural y personal del sujeto que se estudia.

La información resultante de la aplicación de instrumentos de evaluación que integran al proceso evaluativo, constituye indicadores valiosos ya que permite establecer criterios objetivos que posibilitan la formulación de hipótesis de trabajo; pero el resultado de los tests con el que se trabaja para la evaluación psicológica no siempre son las anotaciones brutas derivadas de la suma de la calificación de los ítems. Por ejemplo en los test de inteligencia que estudiaremos, una puntuación bruta no tiene ningún significado, como tampoco lo tiene una puntuación en porcentajes. Decir que un sujeto resolvió el 30% de un test ofrece poca información acerca de esa persona.

El resultado obtenido en un test dice algo acerca de esa persona, cuando su calificación representa un valor de ejecución del test, en una muestra tipificada que ha sido tomada de la población a la cual pertenece esa persona y tenido en cuenta, además, las variables que para dicho test tienen que ser contempladas.

2.2. Evaluación psicológica

La Evaluación Psicológica es una disciplina de la Psicología que se ocupa de la medida de algunos aspectos del comportamiento humano; esta medición se realiza por medio de metodologías básicas entre las que se encuentran las técnicas psicométricas y las proyectivas y otros métodos como la observación, la entrevista, los autoinformes, etc., que serán objeto de estudio en el segundo año. Todos estos instrumentos requieren rigurosos procesos para su selección y metódicos pasos en su aplicación y calificación.

El objetivo de la evaluación psicológica puede ser: Describir, Clasificar, Predecir, Controlar. Estas acciones se pueden definir como:

a) Describir las características de personalidad de un sujeto.
b) Clasificar es decir, enmarcar a la persona en una categoría determinada.
c) Predecir el futuro comportamiento de un sujeto.
d) Controlar determinadas características actuales en una persona para confrontarlas con posibles cambios de comportamiento en un momento posterior.

Estos objetivos de la evaluación psicológica son utilizados en la práctica del psicólogo para Diagnosticar, Seleccionar, Orientar, o Modificar comportamientos. Para ello el psicólogo debe poseer amplios conocimientos teóricos, empíricos y metodológicos básicos, que son fundamentales en la práctica de la Psicología. Dichos conocimientos contemplan los fundamentos biológicos y sociales del comportamiento, los procesos de la psicología general como son atención, pensamiento, percepción, memoria, aprendizaje, resolución de problemas, personalidad, las diferencias individuales y su evolución, conocimientos acerca de la cultura de la población a la cual pertenece la persona en estudio y conocimientos metodológicos que se requieren a la hora de la investigación en psicología, todo ello es necesario y es un conocimiento previo que debe poseer el psicólogo para realizar la evaluación psicológica en la práctica del caso individual en lo que se refiere a la exploración y análisis del comportamiento de concretos seres humanos.

2.3. Evaluación psicológica y calificación de tests mentales

Es fácil entender que el resultado que arrojan estos instrumentos por sí solos no representa indicadores certeros para describir, predecir, valorar o diagnosticar. Los resultados de los instrumentos de evaluación psicológica se integran en un proceso de análisis del comportamiento humano, lo cual posibilita la toma de decisiones acerca de la persona estudiada; este análisis requiere del concurso de amplios conocimientos de la psicología que posibiliten una integración adecuada de dicha información.

La calificación de estos instrumentos permite obtener un resultado "objetivo" que posibilita al psicólogo tomar cierta distancia de sus juicios subjetivos acerca de la persona estudiada, conocer nueva información e integrar esa búsqueda al proceso de evaluación psicológica.

Los tests constituyen instrumentos de medida, el uso correcto o incorrecto de los mismos a la hora de efectuar las mediciones repercute en todo el proceso evaluativo y por ende, puede ser utilizada esta información correcta o incorrectamente, con el consecuente resultado que tal situación trae aparejada: atrasos en el trabajo, volver a calificar las pruebas y en ocasiones esos datos deben ser desechados y peor aún, ofrecer resultados erróneos acerca de una persona, partiendo de información que fue tomada imperfectamente.

2.4. Qué es un test

Según Anastasi, un test psicológico constituye esencialmente una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta. Podemos afirmar entonces que proporciona una medida objetiva, de lo que se intenta medir, cuando:

- Existe uniformidad de criterios, a ejecutar por todos los examinadores, en el proceso de aplicación del test en lo referente a consigna, condiciones generales de aplicación, como son: iluminación, ventilación, preparación de los materiales necesarios, la forma de responder a las preguntas de las personas examinadas, y todos los detalles de la situación de examen. Esto se conoce como *tipificación en el proceso de aplicación* de un test determinado. La tipificación incluye además, la velocidad con que se habla, las inflexiones de la voz, las pautas, la expresión facial, etc.
- Se mantiene el *procedimiento tipificado de calificación,* es decir, se otorgan las puntuaciones tal como está pautado para dicho test.

- La interpretación de las puntuaciones son objetivas en cuanto son independientes del juicio subjetivo del examinador en particular. Es decir, el proceso de interpretación esta igualmente *tipificado para las diferentes puntuaciones del test*, en relación a la muestra de conducta que el test mide. En ocasiones la tipificación interpretativa de la puntuación incluye la consideración de algunas variables como la edad, el sexo, etc., ya que estas variables pueden introducir diferencias significativas para la muestra de conducta que se estudia.
- Existen *normas tipificadas de la conducta que el test intenta medir para la población* en la cual se aplica el test, lo que permite la interpretación de los resultados obtenidos por ese instrumento.

Para Cronbach, 1968, un test es objetivo cuando todos los examinadores asignan el mismo valor a una ejecución determinada. Si bien esto no se ha logrado del todo, hoy día todos los investigadores que intentan la construcción de test mentales se esfuerzan en el proceso de tipificación del instrumento siguiendo este objetivo. El uso de los test ha demostrado que los mismos constituyen un medio auxiliar, de inestimable valor, en el trabajo del psicólogo, aunque como ya se ha dicho nunca puede ofrecerse una explicación de la conducta humana desde la evaluación psicométrica.

2.5. Normas, población y muestra tipificada

La norma es la actuación media o normal del comportamiento en la población, de la variable o variables que el test mide. Sin normas, no es posible interpretar las puntuaciones del test. La puntuación de un individuo sólo puede valorarse comparándola con las obtenidas por otros. Por ejemplo, si los niños normales de 8 años ejecutan correctamente 12 de los 50 ítems de un determinado test de razonamiento aritmético, entonces la norma en este test, para los niños de 8 años de edad, corresponde a una puntuación de 12. La puntuación que obtiene una persona en un test no tiene ninguna significación hasta que se valora en función de un adecuado conjunto de normas.

Las normas de actuación para un test en una población determinada, se obtienen mediante el proceso de tipificación de dicho test en esa población. Es necesario que el mismo se aplique a una gran muestra de personas, que represente el tipo de sujetos a los que se destina esa prueba. Este grupo conocido como *muestra de tipificación*, sirve para estable-

cer las normas que, no solo indican el promedio de actuación, sino también la frecuencia relativa de los diversos grados de desviación, por encima y por debajo del promedio. De esta forma, es posible valorar la posición del individuo, en cuanto a la muestra de conducta que se mide, respecto a la población a la cual pertenece.

Por *población* se entiende el grupo de personas de un determinado territorio que cumplen las variables que son tenidas en cuenta por dicho test. Eso quiere decir que si un test está elaborado para ser aplicado en niños de 6 a 11 años de edad, y se desean obtener los valores normativos para dicha prueba, en los niños de estas edades, en una ciudad determinada; la población con la cual se tiene que trabajar para obtener los valores normativos para los niños de esas edades, para ese test en particular, tienen que ser todos los niños que pertenecen a dicha ciudad y están comprendidos entre las edades de 6 a 11 años. En la práctica, no se aplica el test a toda esa población, utilizando la Estadística se pueden obtener los valores normativos trabajando tan solo con una muestra de los niños de 6 a 11 años de edad de la ciudad; ese grupo de niños es lo que se conoce como muestra de tipificación.

Veamos a continuación cómo Anastasi explica uno de los procedimientos que se sigue para que un test sea considerado como objetivo; este procedimiento está basado en el grado de dificultad que alcanzan los ítems del test o el test completo, es lo que se conoce como *Medida objetiva de dificultad*, y en base a esta medida de dificultad es que se puede realizar el trabajo de diferenciación de unas personas en relación a otras y su ubicación, de acuerdo a la distribución en una curva de normalidad, del rasgo que se mide con dicho test.

"Cuando Binet y Simon prepararon su escala original, la de 1905, para la medida de la inteligencia (cf. Cap. I), dispusieron los 30 elementos de la escala en orden de dificultad creciente. Se recordará que esta dificultad se determinó ensayando los elementos en 50 niños normales y unos pocos retrasados y débiles mentales. Los elementos resueltos correctamente por el mayor número de sujetos se consideraron ipso facto como los más fáciles; aquellos que acertaron relativamente pocos sujetos se consideraron como más difíciles. Mediante dicho procedimiento se estableció un orden empírico de dificultad. Este antiguo ejemplo tipifica la medida objetiva del nivel de dificultad, que ahora se considera como práctica común en la elaboración de un test psicológico.

(Tomado del Capítulo II, Anastasi, A. Los Test Psicológicos. Editorial Revolucionaria, La Habana. 1970 Pág. 23-26. En Psicodiagnóstico. Selección de Lecturas. Colectivo de autores. Editorial Félix Varela, Ciudad de la Habana, 2003)

No solo la disposición, sino también la selección de los elementos para su inclusión en un test, pueden determinarse por la proporción de sujetos que pasan cada elemento en las muestras de prueba. De esta forma, si hay una reunión de elementos en el extremo fácil o difícil de la escala, algunos de ellos pueden descartarse. De la misma manera, si los elementos escasean en ciertas porciones del campo de dificultad, cabe añadir nuevos elementos para rellenar los huecos.

La frecuencia de respuestas correctas se emplea también en la elaboración de las escalas de edad, como sucede en las últimas revisiones de las escalas de Binet. En este caso se determina la proporción de niños que pasan cada elemento en cada nivel de edad. Se asigna entonces el elemento a aquel nivel de edad en el que lo acierta una proporción determinada.

El nivel de dificultad del test, considerado en su conjunto, depende directamente, desde luego, de la dificultad de los elementos que lo constituyen. La distribución de las puntuaciones totales proporciona un control completo de la dificultad del test total para la población a la cual se destina. Si la muestra de tipificación es una sección transversal representativa de tal población, entonces suele suceder que las puntuaciones figuran aproximadamente dentro de una curva de distribución normal. En otras palabras, debe haber una acumulación de individuos cerca del centro del campo de variabilidad y una disminución gradual del número de los mismos a medida que nos acercamos a los extremos. En la figura siguiente se representa una curva normal teórica, con todas las irregularidades eliminadas. Al representar gráficamente esta distribución de frecuencias, se indican las puntuaciones en la base, y las frecuencias, o número de personas que obtienen cada puntuación, en el eje vertical. Cuando se aplican tests a muestras muy grandes se obtiene una curva suave muy aproximada a la de la figura 2.1.

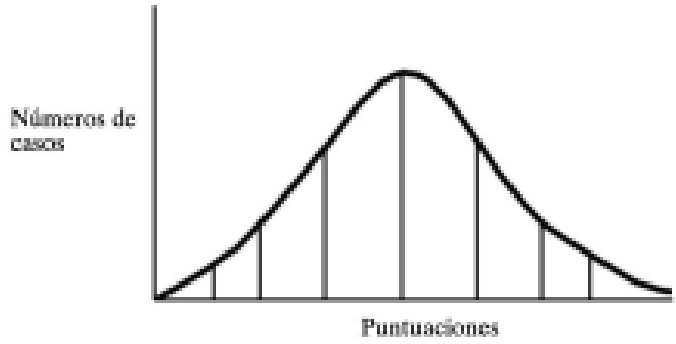


Fig. 2.1. Curva de distribución normal.

Supongamos, sin embargo, que la curva de distribución obtenida no es normal, sino claramente desviada, o torcida, como las que presentamos en la figura 2.2. La primera, con una acumulación de puntuaciones en el extremo inferior, sugiere que el test tiene un suelo demasiado alto para el grupo que se considera, faltándole un .número suficiente de elementos fáciles para discriminar adecuadamente en el extremo inferior del. campo. El resultado es que las personas que normalmente se esparcirían en amplitud considerable obtienen en este test puntuaciones de cero o próximas a cero. Por consiguiente, se obtiene una cúspide en el extremo inferior de la escala. En la figura 2.3. se muestra esquemáticamente dicha acumulación artificial de puntuaciones, en la cual un grupo distribuido normalmente produce una distribución desviada en un test determinado.

En la figura 2.2.B tenemos un ejemplo de una desviación opuesta, con las puntuaciones acumuladas en el extremo superior, resultado que sugiere insuficiencia de techo en el test. Cuando un test destinado a la población en general se aplica a muestras seleccionadas de estudiantes de enseñanza superior o graduados, se suele producir corrientemente una distribución desviada, ya que algunos estudiantes obtienen puntuaciones casi perfectas. Con un test de este tipo es imposible medir las diferencias individuales entre los sujetos más capacitados del grupo. Si se hubieran incluido elementos más difíciles, algunos individuos habrían puntuado más alto de lo que les permite este test.

Cuando en un test la muestra de tipificación arroja una distribución claramente fuera de lo normal, suele modificarse el nivel de dificultad hasta que se aproxima a la curva normal. De acuerdo con el tipo de desviación de la normalidad que aparezca, pueden añadirse elementos más fáciles o más difíciles, eliminar o. modificar otros elementos, alterar la posición de los mismos en la escala o revisar los pesos o ponderaciones de la puntuación asignada a ciertas respuestas. Se continúa con estas adaptaciones hasta que la distribución llega a ser normal, al menos aproximadamente. En estas condiciones, la puntuación más probable obtenida por el mayor número de sujetos suele corresponder aproximadamente al 50 por 100 de elementos correctos. Para el lego en la materia, que no se halla familiarizado con los métodos de elaboración de un test psicológico, una puntuación de un "50 por 100" puede parecerle extraordinariamente baja. A veces se objeta, partiendo de esta base, que el examinador ha asignado un techo demasiado bajo al tes, o se supone que el grupo al que se ha aplicado es particularmente pobre. Estas dos conclusiones carecen de valor cuando se contemplan a la luz de los procedimientos que se emplean en la elaboración de los tests psicológicos. Estos se elaboran deliberadamente y se modifican específicamente, de forma que arrojen

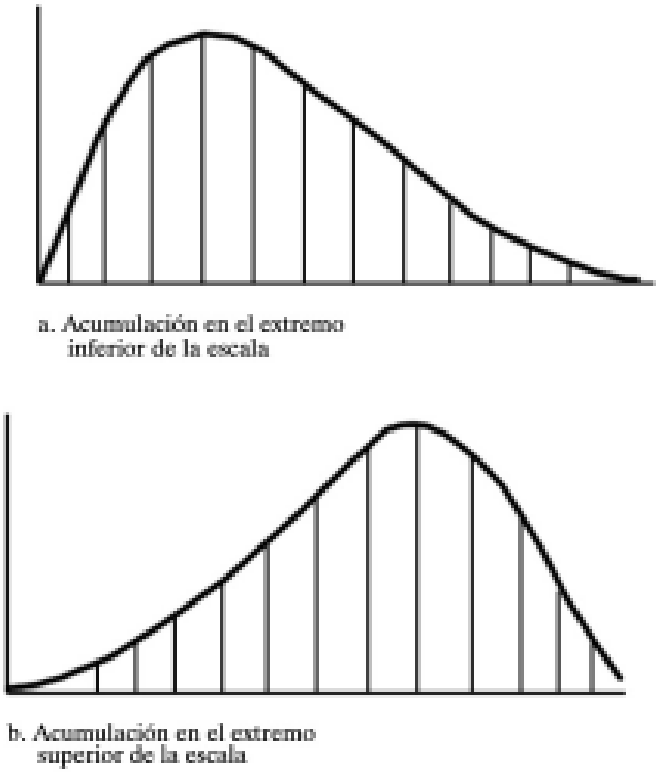


Fig. 2. 2. Curvas de distribución desviadas

una puntuación media de un 50 por 100 de respuestas correctas, aproximadamente. Solo de esta manera puede obtenerse con e! test el máximo de diferenciación entre los individuos en todos los niveles de aptitud. Con una media de un 50 por 1 00 aproximadamente de elementos correctos existe la máxima posibilidad de obtener una distribución normal, con puntuaciones individuales que se extiendan ampliamente por ambos extremos.[4]

[4] En realidad, la curva normal proporciona discriminaciones más finas en los extremos que en el centro de la escala. para una discriminación igual en todos los puntos de la escala se requeriría una distribución rectangular, la curva normal, sin embargo, tiene una ventaja si se han de llevar a cabo análisis estadísticos posteriores de las puntuaciones, ya que muchas técnicas estadísticas corrientes asumen una distribución normal aproximada. Por esta y otras razones es probable que la mayoría de los tests destinados a uso general continúe durante algún tiempo siguiendo el modelo de la curva normal. sin embargo, en la acostumbrada elaboración de tests, para que sirvan a fines claramente definidos, la forma de la distribución de las puntuaciones ha de depender del tipo de discriminación que se desee.

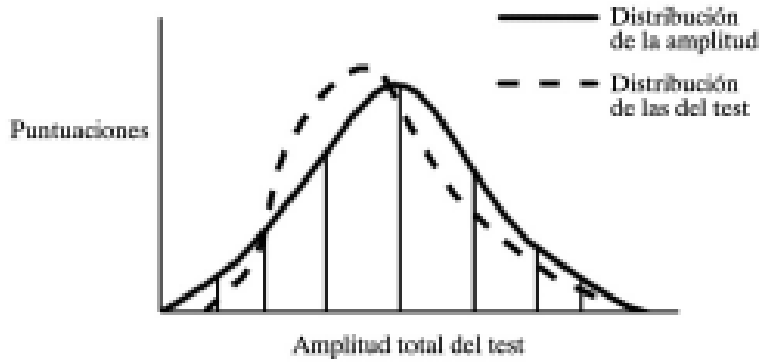


Fig. 2.3. Desviación resultante por insuficiencia del suelo en el "test"

2.6. Validez y fiabilidad

Además de las tipificaciones antes mencionadas, un test debe poseer validez y fiabilidad para considerarse un instrumento objetivo de medición. Estos dos factores están estrechamente ligados, ya que un instrumento no puede ser válido si no es al mismo tiempo fiable. Examinemos algunas modalidades en relación a la validez y fiabilidad, descritos por Anastasi.

Fiabilidad significa la estabilidad o consistencia de la puntuación, obtenida por una persona, en diferentes momentos en que se le aplique el mismo test. Por ejemplo, si una persona obtiene un CI de 110 en una ocasión y días después 80 al repetir el test, es obvio que esas puntuaciones ofrecen poca confianza y por ende, el instrumento de medida utilizado carece de fiabilidad. Cuando se dice que un test es fiable se supone que su diseñador ha tenido en cuenta todos los indicadores que aseguran tal aseveración. Citamos algunos de los aspectos a tener en cuenta en la fiabilidad de un test:

Estabilidad temporal: en el ejemplo anterior la fiabilidad del test utilizado para medir el CI se ve afectada por lo que se denomina estabilidad temporal.

La estabilidad temporal indica el grado en que las puntuaciones de un test quedan afectadas por las fluctuaciones diarias que se producen en el sujeto o en el ambiente en que se aplica el test. La estabilidad temporal de un test depende parcialmente de la longitud del intervalo sobre el que se mide. Algunos tests muestran elevada fiabilidad tras períodos cortos, pero cuando el intervalo de aplicación se extiende en el tiempo se observa una falta casi absoluta de correspondencia entre las puntuaciones obtenidas en los dos momentos diferentes. Ejemplo de ello

son algunos test que miden CI en etapa pre-escolar, que arrojan medida de estabilidad moderada dentro del período preescolar pero que no permiten hacer predicciones de los CI del último período de la niñez o de otras etapas posteriores de la vida.

Para cualquier tipo de sujeto, el intervalo de repetición de los tests rara vez debe pasar de los 6 meses. En intervalos de tiempo largos es muy posible que las condiciones de vida en las cuales se desempeña un sujeto cambien, al punto tal que su rendimiento en los test puede mejorar o empeorar, en relación a él mismo o en comparación con sujetos de su misma edad, a causa de circunstancias como pueden ser: desarrollo de habilidades por algún oficio, condiciones de su hogar o comunidad o por otras razones como una enfermedad o trastorno emocional. Factores de este tipo hacen necesario realizar nuevas evaluaciones en personas que ya fueron evaluadas con anterioridad.

Fiabilidad del examinador para la aplicación y la calificación. En este sentido casi todos los tests proporcionan procedimientos tipificados para su aplicación y puntuación que permiten pensar que la fiabilidad del examinador para la aplicación y calificación es alta a los fines prácticos. Lo único a vigilar es asegurarse de que se sigue con cuidado los procedimientos prescritos. El problema reside en el control empírico de las condiciones bajo las cuales el test debe ser aplicado.

La validez se refiere al grado en que el test mide lo que pretende medir. De igual forma existen varios procedimientos para determinar la validez de un test:

Validez de contenido. Se refiere al examen sistemático del contenido del test para determinar si comprende una muestra representativa de la forma de conducta que ha de medirse.

Validez predictiva. Indica la efectividad del test en la predicción de algún resultado futuro.

Validez concurrente. La relación entre las puntuaciones del test y los índices de status del criterio obtenido, aproximadamente al mismo tiempo, se conoce como validez concurrente. Ejemplo, las puntuaciones altas obtenidas en un test de inteligencia por un grupo de estudiantes universitarios se contrastan con los buenos resultados académicos obtenidos por estos. Esta convergencia entre los resultados del test y la acumulación de notas ofrecen lo que se llama validez concurrente.

Validez de elaboración o de hipótesis de trabajo. La validez de elaboración de un test es el grado en que este mide una elaboración teórica o rasgo.

Capítulo 3

Proceso de aplicación de los tests

3.1. Introducción

El proceso de aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica tiene dos fases: la primera fase es la aplicación propiamente dicha, la cual incluye el uso del método de la observación de la persona o personas a las cuales se les aplican los tests. La segunda fase es la calificación de los tests.

La primera fase del proceso de evaluación psicológica constituye el cimiento sobre el cual descansa todo el proceso de evaluación e interpretación de los datos obtenidos de dichos instrumentos. Por tal motivo, es imprescindible desarrollar las habilidades necesarias para esta tarea. Los errores de aplicación cometidos en esta fase son insalvables. Lo que resta en tales situaciones es registrar la situación de error cometida en el test en cuestión y decidir si continuar o no la aplicación de dicha prueba, y su calificación. Siempre debe aparecer el registro que relate lo ocurrido.

La calificación requiere del desarrollo de habilidades que faciliten el trabajo de puntuación, para lo cual se requiere de prudencia y constancia en la tarea; en esta fase es necesario revisar el trabajo de calificación efectuado, una vez concluido el mismo, para garantizar la validez de la información obtenida

Como se observa, estas dos primeras fases son fundamentales para el trabajo, en general, del psicólogo.

3.2. Primera fase: aplicación de los tests

Los tests colectivos son más fáciles de aplicar que los test individuales. Estos últimos requieren una mayor preparación profesional. Los tests

colectivos permiten que las personas se encuentren todas, durante el examen, bajo las mismas condiciones de estudio.

Para asumir el procedimiento de aplicación de los tests, el examinador debe:

- Tener la habilidad que lo capacita para realizar la aplicación y calificación de las pruebas.
- Antes de aplicar un test, familiarizarse con el modo en que se aplica ese test en particular.
- Ser riguroso seguidor de las instrucciones para la aplicación que tiene cada test.
- Observar una actitud científica e imparcial y no dejarse llevar por su inclinación de ayudar al examinado, proporcionándole datos que faciliten su ejecución en la prueba.
- Evitar las expresiones mímicas que den, de una manera inconsciente, información al examinado. Al aplicar un test debemos permanecer indiferentes ante los errores o los aciertos del sujeto.
- Mantener una actitud amable con el examinado.
- Respetar las directrices éticas acerca del uso de los test.

Durante el procedimiento de aplicación de los test, el examinador debe:

- Considerar las condiciones ambientales en que se efectúa la aplicación: iluminación, ventilación, ruidos, interrupciones; se registra la hora en que el sujeto comienza a dar sus respuestas ante cada test y la hora en que termina, etc.
- Observar el estado físico y psicológico en que se encuentra el examinado.
- Ofrecer instrucciones claras y precisas. Por ejemplo: una orden del tipo "Coja Ud. el folleto, póngalo boca abajo y escriba su nombre en la hoja de respuesta" podría ser causa de confusión. Es mejor dividir las instrucciones en unidades más sencillas, como por ejemplo: "Coja Ud. el folleto" (el examinador coge un ejemplar y observa si todas las personas del grupo han tomado el folleto), "póngalo boca abajo" (el examinador realiza esta misma operación y espera a que todo el mundo lo haya hecho), "tome Ud. ahora la hoja de respuesta (el examinador la coge también y espera a que todos hayan hecho lo mismo), "escriba su nombre en el espacio en blanco del encabezamiento, empezando por el primer apellido" (permite un tiempo prudencial para la escritura de dichos datos y se cerciora que los mismos se plasmen correctamente), etc.

- Asumir responsabilidad en cuanto a la fidelidad con que expone las instrucciones. No olvidar que el propósito de un test es obtener una serie de medidas que puedan ser comparadas con otras obtenidas en otras ocasiones, es por tanto imprescindible que el examinador se atenga exactamente a las instrucciones del Manual.
- Los sujetos pueden preguntar todo lo que deseen, pero el examinador debe adelantarse a la mayor parte de las preguntas mediante unas instrucciones completas.
- Evitar la excesiva rigidez, que puede ofrecer un aspecto inhumano de la situación de examen. El control del grupo de forma eficaz, no es incompatible con una actitud amable.
- Prestar atención ante posibles accidentes, como puede ser que uno de los examinados se enferme. En este tipo de situación la persona sale de la sala, se puede avisar a su familiar si está cerca o se le auxilia en la búsqueda de ayuda según la gravedad de la situación. En estos casos se utiliza el sentido común en cuanto a seguir con la evaluación del resto de los examinados.
- Estar al tanto de las preguntas que pueden hacer los examinados. Por ejemplo: ¿Debemos contestar al azar si no estamos seguros?, si me encuentro con una pregunta difícil ¿puedo pasar a la siguiente o debo ir contestándolas una a una? Las instrucciones tienen en cuenta las posibles preguntas, por lo que se debe seguir las mismas.
- Ante preguntas no contempladas en las instrucciones proceder con cautela y juicio común. Ser atento, escuchar con atención y cuidar que su contestación no ofrezca orientación acerca del tipo de respuesta que se espera. No añadir instrucciones suplementarias, limitándose a decir "Como a Ud. le parezca mejor".

3.3. El método de la observación durante la aplicación de los tests

La observación es una técnica muy utilizada en Psicología, está presente en todo el proceso evaluativo y terapéutico. La observación sobre un fenómeno o sujeto deben realizarse de forma continua y en repetidas ocasiones, pues el resultado obtenido de un corte de observación puede no resultar significativo.

Las observaciones sobre diferentes aspectos de la psicología del hombre se realizan de forma orientada hacia lo que se desea prestar atención. Cuando los resultados observados se repiten, demuestran estabilidad en lo observado y por tanto tienen valor para la interpretación.

Durante el proceso de aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica, el examinador debe desarrollar su habilidad para observar la conducta del examinado.

A continuación ofrecemos una guía que sirve de apoyo para esta actividad de observar al examinado mientras realiza su trabajo:

Expresión facial.
Seria, despreocupada, preocupada, deprimida, risueña, huraña, rece losa, extraña como fuera de contexto: lelo o expresión tonta; etc.
Postura.
La persona se encuentra apoyada, recostada, relajada, de lado, con las piernas entrecruzadas, sentado sobre una pierna, etc.
Conducta.
Observamos en la persona intranquilidad, rubor, sudoración, tics nervioso, fuma en exceso, intenta levantarse con frecuencia o de hecho lo hace, camina, realiza gestos moderados, gestos expansivos, está retraída, inhibida como si quisiera pasar inadvertida, recelosa o temerosa, mira de reojos, trata de tapar lo que está haciendo, realiza movimientos de pies y/o manos, pide permiso para ir al baño o para ver al familiar que lo espera, gestos impropios o no aceptados socialmente, mostrar soñolencia, etc.
Expresión oral.
La velocidad de su lenguaje es lenta o rápida; gagueos, cuando habla realiza pausas, observar en que momentos se producen esas pausas, si pierde el hilo de lo que hablaba, si se producen cambios bruscos en tonos de voz o hace silencios que se esperaban de acuerdo a lo que la persona decía o van más allá de lo esperado, su lenguaje es cansado, etc.
Apariencia física.
Observar su higiene personal, si está arreglado, limpio, desaliñado, afeitado, peinado, si la vestimenta está acorde a la temporada del año, es decir, exceso de ropas para verano o demasiado ligero para invierno, si lleva medias puestas, zapatos abrochados o no, si son los dos iguales, si la camisa, blusa o vestido está abrochada correctamente, si la vestimenta es excesiva, gangarias inapropiadas etc., reflejar si la persona tiene defectos físicos, tatuajes, cicatrices, o cualquier detalle que destaque de forma poco común o resulte desagradable, etc.
Actitud ante la tarea.
Si se muestra dispuesto a realizar la tarea, cooperador, si hay una actitud de rechazo a la tarea, o a la situación en general, si se

muestra evasiva, temerosa, cautelosa, despreocupada, segura, etc.
Actitud ante el examinador.
Si se muestra cooperador, tranquilo, colaborador, temeroso, receloso, hostil, afable, intranquilo, callado, hablador, si hace preguntas sobre los tests, si utiliza estrategias para que el examinador le diga si su respuesta es correcta o no, etc

La observación efectuada durante la aplicación de los test puede ser muy rica y útil para el trabajo de interpretación por lo que su registro es de extraordinario valor. Es posible, además, precisar aspectos de interés para la valoración clínica sobre indicadores de ansiedad y depresión.

Indicadores de ansiedad:

- Aumento de la motilidad
- Bloqueos, incoherencia
- Postura rígida, expectante, cambios de posición
- Movimiento continuo de pies, manos, etc.
- Salivación, tragar excesivo
- Tics
- Sudoración
- Lágrimas
- Respiración agitada
- Fumar excesivo
- Tartamudez
- Distractibilidad
- Borrar de forma reiterada lo que hace
- Hacer marcas o dibujos geométricos al margen de la hoja de papel
- Mascar de forma reiterada, etc.

Indicadores de depresión:

- Llantos
- Disminución de movimientos
- Lenguaje reducido, bajo
- Quedarse ensimismado
- Fascie deprimida, etc.

Ventajas de la observación:

- Permite obtener información de los hechos en el momento en que ocurren.

- El sujeto no sabe que su conducta, durante la ejecución en las pruebas, también es tenida en cuenta y no cuida su comportamiento.
- Da acceso a información más objetiva acerca del sujeto en relación a la que el propio sujeto ofrece sobre sí.
- Es capaz de descubrir aspectos hasta ahora desconocidos para el investigador e incluso, hasta para el propio sujeto.
- Puede precisar, confirmar o poner en dudas resultados obtenidos por otros métodos.

3.4. Segunda fase: calificación de los tests

La calificación de los instrumentos de evaluación psicológica aplicados, representa la segunda fase del proceso de evaluación psicológica. Esta fase requiere de cautela y habilidad; a partir de la puntuación alcanzada en los test se elaboran las hipótesis interpretativas que sirven de orientación a la labor diagnóstica, se puede decir, que el destino final de la puntuación es la elaboración de dichas hipótesis.

Cada test tiene su modo particular para ser aplicado y tiene su propio sistema de calificación. Durante las clases prácticas para la enseñanza de cada uno de los test, en forma particular, se irán conociendo las especificidades que impone cada test al examinador.

Es importante insistir que la calificación exige del cumplimiento estricto de los procedimientos que están establecidos para la puntuación. En ocasiones, se producen observaciones por el examinador a favor de criterios acerca que el sujeto no entendió algunos ítems de la prueba, o que tal respuesta es ocasionada por situaciones que distrajo la atención del sujeto, etc.; estos criterios deben ser reflejados en las observaciones pero no pueden estas consideraciones, en modo alguno, modificar el sistema de calificación de esa prueba.

Como principio básico del proceso de calificación podemos señalar la necesidad de ser exigente en la observancia de las puntuaciones que se asignan. Este nivel de exigencia se eleva cuando las puntuaciones deben ser convertidas a otras escalas.

Es importante examinar el trabajo de calificación realizado, nuevamente, antes de hacer llegar al psicólogo los resultados de los test ejecutados por cada sujeto.

Cada una de las pruebas psicológicas aplicadas deben reflejar datos generales del sujeto que las realiza: nombres y apellidos, edad, lugar de procedencia., escolaridad, sexo, etc., según corresponda de acuerdo a cada test, así como la fecha de realización de la misma; este último dato

es de extraordinario valor para el seguimiento evolutivo de la persona estudiada o para comparar los resultados de los test obtenidos en un momento posterior a dicha aplicación.

3. 5. Características del Informe psicométrico

El informe psicométrico es un documento oficial, en el cual se plasma el resultado de la investigación psicométrica realizada a una persona, mediante la aplicación y calificación de instrumentos de medida psicológica; este informe no es definitorio de la evaluación psicológica que se le realiza a una persona, pero tiene valor judicial; dicho informe, conjuntamente con las hojas de respuestas y sus perfiles, se le entrega solamente al psicólogo.

La confección del informe psicométrico debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Tiene que consignar los datos generales del sujeto examinado:
   - Nombre
   - Sexo
   - Fecha de nacimiento
   - Edad
   - Escolaridad
   - Estado civil
   - Dirección
   - Número de historia clínica
   - Donde estudia o trabaja
2. Presentar los datos de la observación realizada al sujeto, durante todo el proceso de aplicación, y ante cada una de las pruebas de modo especifico, utilizando para ello una correcta redacción y ortografía, con lenguaje claro y preciso manejando el uso de los términos técnicos.
3. A dicho informe se le adjuntan las pruebas ya calificadas u hojas de respuestas con sus perfiles elaborados.
4. El resultado de la calificación de las pruebas debe aparecer en cada test u hoja de respuesta y sus perfiles.
5. En cada test, hoja de respuesta y perfil tiene que aparecer el nombre y apellidos de la persona, edad, sexo, escolaridad, y demás datos que pida la prueba, así como la fecha del día en que se realiza la misma y la hora de comienzo y término de dicha prueba.
6. En las observaciones pueden aparecer recomendaciones al psicólogo acerca del sujeto evaluado, acerca de alguna de las pruebas o de la evaluación en general; información que resulta muy valiosa para todo el proceso de evaluación.

Capítulo 4

Código de ética

4.1. Introducción

La ética es un concepto íntimamente relacionado con la moral, se refiere específicamente a los principios y normas que rigen la conducta de los profesionales de una especialidad, en nuestro caso, referida a psicólogos y extendida a estudiantes universitarios y técnicos medios en Psicología.

En muchas ocasiones el profesional resuelve las cuestiones éticas que se le presentan en su actividad de trabajo, aplicando su moral individual o su ética particular, y no cabe duda alguna que el ser humano posee plena capacidad de autodeterminarse y ese principio rige en todos los planos de las interacciones con los demás y consigo mismo; pero hay momentos en que una acción humana sale del ámbito de la conciencia para afectar el derechos de otros, entonces, ya no se encuentra en el plano de la moral personal; también, se producen otras situaciones en las cuales, actuando de buena fe, o sin mala intención, o por desconocimiento o negligencia, se afecta el derecho de otra persona o se afectan los requerimientos propios de la profesión; estas situaciones han dado lugar a la existencia de Códigos de Ética que pautan el trabajo de profesionales, técnicos, trabajadores y estudiantes en general en cualquier profesión e institución.

De nada sirve un buen trabajo si el desempeño del mismo constituye un fracaso ético y va en contra de las expectativas y los deseos del paciente y de los principios que rigen la práctica de la profesión y la institución. La función de los principios éticos es indicar la orientación moral que hay que imprimir en la actividad de trabajo diario, por lo que es necesario se reflexione sobre las normas que deben orientar las decisiones que se toman, y para ello exponemos a continuación los principios éticos que rigen nuestro trabajo.

Pero la ética incluye, además de principios intrínsecos de la profesión, otros aspectos como son el trato en las relaciones con el paciente y familiares u otras personas que demandan de nuestro servicio; el trato adecuado sólo puede lograrse a través de personas altamente motivadas que sienten su trabajo como una auténtica vocación.

La comunicación es un elemento importante a considerar cuando se habla de ética y en particular para nosotros; si se logra establecer un buen rapport y el paciente y familiar se sienten en un ambiente de seguridad y de confianza con los profesionales que los atienden en los servicios asistenciales, alcanzan bienestar psicológico y satisfacción con nuestro trabajo.

Forma parte de los principios éticos, y también facilita la comunicación, la presencia con la cual llegamos ante el paciente, quiere esto señalar la importancia que tiene el uso de la bata sanitaria y el solapín que lo identifica.

4.2. Responsabilidad y principios éticos

Los artículos que aquí se presentan han sido tomado del *Proyecto de Código de Ética de la Sociedad de Psicólogos de Cuba*, específicamente del capitulo IV del libro Psicodiagnóstico, 2003: "De las pruebas y los instrumentos de evaluación".

De ese código hemos seleccionado aquellos artículos que se ajustan a los objetivos del presente curso, donde el estudiante tiene que desarrollar habilidades en la aplicación y calificación de instrumentos de evaluación psicológica.

El psicólogo deberá:

- *Artículo 44.* Considerar que las pruebas psicológicas son instrumentos auxiliares de trabajo y que por sí solas no bastan para formular un diagnóstico.
- *Artículo 45.* Usar los instrumentos con fines propiamente psicológicos, derivadas de las tareas que se cumplen en las diferentes instituciones.
- *Artículo 46.* Desarrollar una actitud crítica consecuente y no dogmática hacia instrumentos no acordes a nuestras concepciones psicológicas y filosóficas.
- *Artículo 47.* Colaborar en el control profesional y comercial del material psicológico, evitando su difusión generalizada. Las pruebas e instrumentos psicológicos serán utilizados exclusivamente por el personal que tenga preparación profesional adecuada.

- *Artículo 48.* Realizar el informe final evaluativo y no podrá delegar esta tarea en personal no calificado, evitando así resultados erróneos o insuficientes que vayan en detrimento de la tarea planteada.
- *Artículo 49.* Evitar que los reportes psicológicos queden al alcance de otras personas. La protección del carácter privado de los datos es un deber.
- *Artículo 50.* Velar por la protección legal de los nuevos instrumentos creados en su trabajo profesional, en función de las normas vigentes por los organismos autorizados correspondientes.
- *Artículo 51.* Adoptar una actitud de respeto y atención hacia los evaluados.
- *Artículo 52.* Dar una información general a los sujetos sobre los objetivos, características y resultados del proceso de evaluación, siempre que sea posible y no distorsione los objetivos de la evaluación.

4.3. Principios éticos de la Comisión Internacional de Tests (ITC)

Damos a conocer, además, algunas de las directrices internacionales para el uso de los tests.

Aplicar los tests adecuadamente

Los usuarios competentes deberían:

- 2.5.1. Establecer una buena relación con las personas evaluadas, dándoles la bienvenida y dirigiéndose a ellas de forma positiva.
- 2.5.2. Tratar de reducir la ansiedad de las personas a las que se va
- 2.5.3. Eliminar fuentes potenciales de distracción, como alarmas de relojes de pulsera, teléfonos móviles, etc.
- 2.5.4. Asegurarse de que todas las personas disponen de los materiales necesarios para responder al test antes de comenzar éste.
- 2.5.5. Supervisar convenientemente la aplicación de los tests.
- 2.5.6. Dar las instrucciones en la lengua dominante de las personas evaluadas siempre que sea posible, incluso cuando el test está diseñado para proporcionar datos sobre el conocimiento o dominio de una lengua distinta de la dominante.
- 2.5.7. Ajustarse estrictamente a las instrucciones del manual del test, haciendo los ajustes pertinentes para las personas con alguna discapacidad.
- 2.5.8. Leer las instrucciones pausada y claramente.
- 2.5.9. Dar el tiempo adecuado para hacer los ejemplos .

- 2.5.10. Observar y anotar las posibles desviaciones de los procedimientos estándar del test.
- 2.5.11. Registrar los tiempos de respuesta con precisión cuando se requiera
- 2.5.12. Asegurarse de que están todos los materiales al final de cada sesión.
- 2.5.13. Realizar la aplicación de modo que permita una supervisión adecuada y una comprobación de la identidad de cada una de las personas evaluadas.
- 2.5.14. Permitir a los ayudantes hacerse cargo de la aplicación sólo si han sido entrenados adecuadamente.
- 2.5.15. Asegurarse de que durante la sesión aplicación no ocurran situaciones que den lugar a distracción en las personas evaluadas .
- 2.5.16. Proporcionar una asistencia adecuada a las personas evaluadas que muestran signos excesivos de ansiedad o desazón.

Puntuar y analizar los resultados de los tests con precisión
Los usuarios competentes deberían:

- 2.6.1. Seguir al pie de la letra los procedimientos estandarizados de puntuación.
- 2.6.2. Asegurarse de la precisión al asignar las puntuaciones, especialmente en aquellos casos en los que entra en juego el juicio de los evaluadores. Para cerciorarse de la precisión puede volver a puntuarse una muestra de las personas evaluadas, comprobando así la coincidencia entre las puntuaciones.
- 2.6.3. Llevar a cabo las transformaciones de las puntuaciones directas a otros tipos de escalas pertinentes.
- 2.6.4. Elegir los tipos de escala más convenientes de acuerdo con el uso que se vaya a hacer de las puntuaciones del test.
- 2.6.5. Comprobar la precisión de las transformaciones de las escalas, así como la de cualquier tipo de análisis o tratamiento que se haga con los datos.
- 2.6.6. Asegurarse de que no se sacan conclusiones erróneas debido a la utilización de baremos desfasados, o inadecuados para las personas evaluadas.
- 2.6.7. Calcular las puntuaciones compuestas cuando proceda, utilizando las fórmulas y ecuaciones propuestas en el manual del test.
- 2.6.8. Inspeccionar los resultados para detectar posibles errores o anomalías en las puntuaciones.
- 2.6.9. Describir e identificar con precisión los resultados, normas, tipos de escalas, fórmulas, etc. utilizados.

Acerca del mantenimiento de la seguridad de los tests recurrimos a lo expresado por Anastasi. "*Hay dos razones principales para controlar el uso de los test psicológicos: 1ª- Impedir una familiaridad general con el contenido del test, que podría invalidarlo; 2º- Asegurarse que el test es empleado por un examinador calificado para ello*".[5]

Es innegable la necesidad de un examinador convencido de la responsabilidad que adquiere al trabajar con los tests psicológicos. El examinador bien preparado y consecuente con los principios éticos debe ser cuidadoso siguiendo las normas de protección para el empleo de los tests psicológicos y conocer que se restringe el uso y el conocimiento de los mismos con el fin de impedir los esfuerzos deliberados para falsear las puntuaciones.

Capítulo 5

Desarrollo, estado actual para el estudio psicológico

Los grandes cambios en todas las esferas de la vida actual, de los cuales somos testigos, resultado de los avances crecientes, científicos y técnicos, que tienen lugar en el mundo, generan de forma acelerada, demandas objetivas, cada vez más altas y cambiantes (de un día para otro) a los seres humanos. No hay tiempo de ajuste a las nuevas condiciones y las sociedades tienen que continuar ese ritmo apresurado, y como resultado de todo ello, las consecuencias aparecen sobre la psiquis del hombre. Son cada vez más altas las cifras citadas en todo el mundo sobre enfermedades psiquiátricas, neurológicas, y todo tipo de alteraciones psicológicas. Estos cambios en la psiquis y las demandas objetivas que las sociedades hacen al hombre, promueven cada vez más la importancia del factor subjetivo. El valor de lo subjetivo está en estrecha correspondencia con los cambios y las demandas objetivas que tienen las sociedades; de ahí que se incremente, en estos momentos, la necesidad de conocer las cualidades de las personas para su desempeño en determinadas tareas; conocer las potencialidades intelectuales y emocionales de los individuos para la promoción a cursos o puestos de trabajo o para su preparación ante eventos de alto riesgo, como puede ser una intervención quirúrgica; conocer los cambios que aparecen en niños y jóvenes en determinados estadios que de forma acelerada se están modificando; evaluar indicadores de estrés, violencia, percepción de apoyo social. Conocer las potencialidades constructivas de personalidad con que cuentan las personas como la resiliencia y otros aspectos requieren de la participación de instrumentos de medida, que respondan a las características de la cultura, de cada población, en el momento presente; también, el aumento de la esperanza de vida trae aparejado la necesidad de evaluar las capacidades cognitivas y emocionales de los ancianos y conocer las posibilidades de rehabilitación que de forma individual cada uno de ellos tiene; todo ello requiere de vías de evaluación y diagnóstico de posibilidades de tratamiento. Con estas palabras llamo la atención acerca del

papel que juega la evaluación psicológica y sus instrumentos de medida, orientada directamente a las necesidades de sujetos concretos en la práctica histórico-social.

En el sector de la salud la práctica de trabajo del psicólogo y sus técnicas de evaluación, se insertan en un equipo multidisciplinario en conjunto con otros profesionales, donde desempeñan diversas funciones; citamos algunas de estas funciones atendiendo a diversas patologías en especialidades como:

Psiquiatría. En antaño este era el único renglón de trabajo para el psicólogo dentro de las instituciones hospitalarias. Su labor se reducía a la aplicación de algunos tests psicológicos. Hoy día el papel del psicólogo se incrementa y establece una relación de trabajo en conjunto con otros profesionales del sector, en las diferentes especialidades médicas, incorporados a los equipos multidisciplinarios. En el terreno de las enfermedades psiquiátricas, los psicólogos y psiquiatras tienen un objetivo común: restablecer la salud del paciente; y para ofrecer la atención profesional necesaria a cada caso en particular utilizan sus herramientas de trabajo, las cuales posibilitan la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las personas necesitadas de este servicio. El uso de los instrumentos de evaluación psicológica es indispensable para conocer características intelectuales, de personalidad, de conducta, creencias, etc., que aportan información útil para el diagnóstico diferencial del trastorno psíquico. Al mismo tiempo, los datos que se obtienen de estos instrumentos de medida tienen importancia para la valoración del tipo de tratamiento a seguir y para la verificación y medición del efecto de los métodos medicamentosos y psicoterapéuticos.

Neurología. En este campo, los instrumentos de evaluación neuropsicológicos constituyen herramientas de trabajo de extraordinaria importancia para el psicólogo pues le permiten colaborar en el establecimiento del diagnóstico diferencial y en casos de trastornos orgánicos; pueden ayudar a definir el grado del daño cerebral y las posibilidades de recuperación. En algunas enfermedades neurológicas de pronóstico invalidante de forma paulatina, a medida que la enfermedad avanza, la evaluación de las posibilidades de las funciones psíquicas superiores en estos pacientes posibilita, tanto al equipo medico, como al propio paciente, el ajuste del tratamiento a las nuevas condiciones y favorece el trabajo de ayuda al paciente, en relación a su adaptación a la nueva situación, de ese modo, aceptando su enfermedad, colabora mejor al tratamiento y a su calidad de vida.

Geriatría. Con los pacientes de la tercera edad, el papel del psicólogo y sus instrumentos de trabajo, se enfrentan a la solución de tareas como es la caracterización del anciano, estudiar las funciones psíquicas y su

deterioro, la reactividad emocional del geronte, su sentido de vida y sus intereses, con el objetivo de reintegrarlos a la vida social, etc. La población anciana se incrementa en el mundo, y en nuestro país en particular, lo que demanda la intervención en esta problemática de toda la sociedad, y en lo referente a la Psicología, es aún mucho lo que queda por conocer de esta etapa de la vida muy diferente a la adultez, etapa a la cual, en ocasiones, se intenta equiparar, quedando la tercera edad sin la profundización en el estudio que necesita, y que en la actualidad se le está dando.

Pediatría. En este terreno, entre otras tareas, es importante medir las capacidades intelectuales de niños y adolescentes, definir la posibilidad de retraso mental y su clasificación; establecer el riesgo de alteraciones emocionales que afectan el funcionamiento del menor y definir estrategias de tratamiento, lo que incluye los instrumentos con los cuales se evalúa a los muchachos; así como prevenir comportamientos dañinos a la salud y trabajar en la promoción de la misma. Se trata de un universo de trabajo que requiere de estrategias muy diferentes a las que se utilizan en población adulta, donde otros sectores como la familia, la escuela, el grupo de iguales y la sociedad en que se insertan, necesitan ser trabajados, tanto en lo referente a promoción, prevención, como en la enfermedad, con el objetivo de alcanzar el menor perjuicio para ellos.

Oncología. En esta área el desempeño del psicólogo adquiere gran valor ya que existe cierta relación entre el tipo de estructura de personalidad, en correspondencia con la posibilidad de respuesta al estrés, su reactividad emocional, la flexibilidad de enfrentamiento a las demandas de la vida y la resistencia al cáncer. En estos casos, la evaluación psicológica tiene gran influencia en la selección de los procedimientos terapéuticos más adecuados.

Cardiología. Se ha constatado que determinadas características de personalidad, unidas a factores estresantes de la vida cotidiana y a los modos de afrontamiento con los cuales las personas enfrentan dichas demandas, van conformando un estilo de comportamiento que resulta favorable a la aparición de enfermedades cardiovasculares y en especial, un alto incremento en la posibilidad de infartos en estas personas. Todo ello da lugar a fuentes de trabajo preventivo y la necesidad de evaluación se constituye en elemento primordial y más aún, en el trabajo con los pacientes infartados, donde es necesaria la evaluación de las características de estos sujetos y sus mecanismos de afrontamiento para definir el proceso de la rehabilitación posterior al infarto y la reincorporación del paciente a la vida normal.

Cirugía. En este campo podemos citar el trabajo que el psicólogo realiza en la preparación del paciente ante la intervención quirúrgica.

Esta tarea requiere el estudio detallado de la estructura de personalidad del paciente y su estado reactivo ante la demanda quirúrgica, donde el comportamiento de la ansiedad y la depresión puede incrementarse más allá de los limites esperados, teniendo siempre presente que el estado de la reactividad emocional del sujeto puede entorpecer o favorecer el acto quirúrgico, así como la recuperación post-operatoria. En los salones prequirúrgicos es de interés del psicólogo, no solo los reactivos emocionales propios en el paciente, sino además los que generan los propios cirujanos y suelen proyectar como si fueran del paciente, solicitando la atención psicológica para el paciente, quedando ellos mismos sin sostén y apoyo que, por demás, no piden ni tienen conciencia de su necesidad, constituyéndose la actividad quirúrgica como la de mayor carga estresante entre los profesionales de la salud.

Se darán cuenta que en nuestro sector de salud, los aspectos psicológicos del paciente no solo atañen al psicólogo, también el médico, la enfermera, y todo el personal paramédico mayor tiene que contar con conocimientos psicológicos acerca de su objeto de estudio: el hombre sano, el enfermo, la familia, la comunidad, la institución hospitalaria, etc., en dependencia del nivel de salud en que se encuentre y de forma interrelacionada todas ellas, así como interrelacionadas a otros sectores sociales, además. El ser humano es una unidad biopsicosocial y como tal, para atenderlo con calidad, es menester tener conocimientos de ese basto mundo de lo biológico, psicológico y social que se enmarca en una persona de forma individual y en el modo de vida de un grupo en particular.

La/s persona/s reacciona ante las situaciones de su vida, y la enfermedad es una de ellas, donde la reacción se traduce, en muchas ocasiones, en alteraciones psicológicas que dependen del problema de salud que tenga la persona pero también de su personalidad, sus estilos de afrontamiento y las demandas concretas que le impone ese momento de su vida, matizado por toda su historia personal; por tanto, el médico y el equipo de salud no atienden a un órgano enfermo sino a una persona enferma, lo que determina la necesidad, en el personal de salud, de contar con conocimientos acerca de lo subjetivo de las personas de forma particular para el éxito del proceder en atención de salud. He ahí el valor y la importancia cotidiana de la labor psicológica, y del uso de los instrumentos de evaluación para precisar diagnósticos y tratamientos más coherentes con la situación de cada persona.

No obstante lo dicho el desarrollo de la Psicometría en nuestro país, como rama de la Psicología, no cuenta aún con el desarrollo y la fuerza necesaria para dar lugar a la validación y normación de los instrumentos psicológicos con que trabajamos, y crear los nuestros. Necesidad que se

acrecienta cada día más, dado el papel que juega la realidad social en la determinación de las características psicológicas del hombre. Aunque no es un terreno sin explorar, existen algunos instrumentos elaborados en Cuba, y muy buenos por cierto; estudiaremos en este curso varios de ellos, y otros en el próximo curso académico; también en este curso se verán instrumentos validados para nuestra población.

En síntesis, el estudio de los instrumentos de evaluación psicológica, tanto en lo que respecta a la creación de nuevos instrumentos de evaluación, como al perfeccionamiento de los existentes, es un campo fascinante de trabajo en la Psicología. Resulta indispensable, para la labor de evaluación y la toma de decisiones en relación a hipótesis diagnósticas, proyección de tratamientos y para poder fundamentar nuestras investigaciones científicas, que los instrumentos de medición que utilizamos estén validados para la población cubana. Las investigaciones encaminadas a la estandarización y creación de normas cubanas para algunas de estas pruebas tienen mucho camino por recorrer para aquellos interesados en este tema.

Las actividades prácticas a desarrollar en el aula pondrá al alumno en contacto directo con los test mentales y la posibilidad de valorar la utilidad de los mismos en las tareas de evaluación psicológica. La ejercitación de las primeras fases del proceso evaluativo siguiendo los principios éticos estudiados en clase servirá de medida para la comprensión acerca de la necesidad de preservar el contenido de los tests y los resultados obtenidos por las personas que son evaluadas.

El curso cuenta con un amplio programa para el adiestramiento del alumno, no sólo en la aplicación y calificación, sino además en otra tarea inseparable de la aplicación, nos referimos a la observación del sujeto durante el tiempo en el cual es evaluado. Esta enseñanza contribuirá a agudizar en el futuro psicólogo la habilidad de la observación, cualidad indispensable para todo psicólogo de la salud. El estudiante adquiere una alta responsabilidad al conocer el contenido de los tests y los procesos de aplicación y calificación de los mismos. Al finalizar esta asignatura introductoria, el educando estará en condiciones para dar inicio a un conocimiento más amplio en la asignatura Psicodiagnóstico.

Bibliografia

Alonso Álvarez, A., E., Cairo Valcárcel, R. Rojas Manresa, Psicodiagnóstico. Selección de Lecturas. Editorial Félix Varela, La Habana 2003.

Álvarez M. A.: Stres un enfoque integral, Ed. Científico-Técnica, Ciudad Habana, 2000.

Anastasi, A.: Tests Psicológico. Edición Revolucionaria, La Habana, 1970.

Bellak,L.: El uso clínico de las pruebas psicológicas del TAT, CAT, y SAT, Editorial El Manual Moderno, México, 1985

Cabello, F.: Disfunción eréctil. Un abordaje integral, Ed. Psimática, España, 2004.

Cairo Valcárcel, E.: La neuropsicología. Una nueva rama en el conocimiento psicológico, Ed. Pueblo y Educación, Ciudad Habana, 1982

Clínicas de Norteamérica: Dolor por cáncer, Ed. Científico-Técnica, 1987.

Cronbach, L. J.: Fundamentos de la Exploración Psicológica, Edición Revolucionaria, La Habana, 1968.

Fernández-Ballesteros R.: Introducción a la evaluación psicológica, Ed. Pirámide, España, 1993, 2001.

González Menéndez, R.: Como enfrentar el peligro de la drogas, Ed. Oriente, 2000.

Grau, JA.: Estrés, salud, enfermedad, Conferencia impartida en PSICOSALUD 2002, La Habana, Palacio de Convenciones.

Hernández, E. J Grau: Estrés, capacidad de trabajo intelectual y autovaloración personal en pacientes tributarios de cirugía cardiaca con circulación extracorpórea., Ponencia al IV Congreso Nacional de Psicología de la Salud (PSICOLOGIA'89), 1989.

Labrador F. J., M. Muñoz, J. A .Cruzado: Manual de técnicas de modificación de Conducta, Ed. Pirámide Madrid:,1993.

Mandarás Platas, E.: Psicoprofilaxis quirúrgica. La preparación psicológica para la intervención quirúrgica, Ed. Rol., Barcelona, 1990.

Meili, R.: Manual de diagnóstico psicológico, Instituto del libro, La Habana, 1967.

Morales Calatayud, F.: Introducción a la Psicología de la Salud, Ed. Científico-Técnica, Ciudad de la Habana, 1987.

_____. Psicología de la Salud. Conceptos Básicos y Proyecciones de trabajo, Ed. Científico-Técnica, Ciudad de la Habana, 1999.

Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana, Ed. ECIMED, Ciencias Médicas, Febrero 1992.

Pérez López, I. R. La menopausia, Colección Fin de Siglo, Ed. Temas de hoy, España, 1992.

Pérez Lovelle, R. La psiquis en la determinación de la salud, Ed. Científico-Técnica, Ciudad Habana,1989

Portero, D.: Algunas consideraciones sobre las situaciones que comúnmente generan ansiedad patológica y su relación con la ansiedad personal, Boletín de Psicología del Hospital Psiquiátrico de la Habana, 3(X), septiembre / diciembre, 1987.

Rapaport, David: Test de Diagnóstico Psicológico, Ed. Paidós, Argentina, 1959.

Roca Perara, M. A.: Psicología Clínica, Ed. Félix Varela, La Habana, 2000

Sendín, Ma. C.: Diagnóstico psicológico, Editorial Psimática, Madrid 2000.

Székely, B.: Los tests, segunda parte, 3ra.ed., Editorial Kapelusz, Buenos aires, 1953.

XXI Congreso Interamericano de Psicología: Conferencias: La atención psicológica en los hospitales clínico-quirúrgicos, Palacio de la Convenciones, Cuba,1987.

Zaldivar Pérez, D.: Alternativas en Psicoterapia, Ed. Academia, La Habana, 1998

Zeigarnik, B. W.: Introducción a la patopsicología, Ed. Científico - Técnica, La Hababa, 1979.

PARTE II

Instrumentos de Evaluación psicológica utilizados en el estudio del funcionamiento intelectual y algunos procesos psíquicos

Capítulo 6

Instrumentos para evaluar la inteligencia

6.1. Introducción a los capítulos 6 y 7

En el estudio que hemos realizado sobre el desarrollo histórico de los instrumentos de evaluación se observa, que desde los primeros momentos que surgió la necesidad de evaluar las diferencias humanas se vienen realizando tareas destinadas a la evaluación de la inteligencia. En los inicios no existían, como hoy, elaboraciones teóricas acerca de qué se entiende por inteligencia, y poco a poco fueron apareciendo los primeros modelos que intentan su medición y explicación, tomando siempre como punto de partida la observación de las diferencias individuales a la hora de resolver las tareas que se plantean, y de ese modo, mediante la observación, se intenta estudiar ese constructo teórico, inobservable directamente, que llamamos inteligencia.

Muchos han sido, hasta el momento, los enfoques que pretenden su estudio, pero el más antiguo de todos ellos es el enfoque evaluativo-diferencial, al cual pertenece el Tests Binet-Simon, el Terman Merrill, y la Escala de inteligencia de Wechsler. Mediante este enfoque se introducen los conceptos de edad mental y coeficiente de inteligencia, criterios importantes para detectar los sujetos con retraso mental, pero no nos adentramos en este tipo de enfoque que será estudiado posteriormente, ya que dichos instrumentos no se estudian en este curso.

Conjuntamente con los criterios e instrumentos que aportan Binet, Terman y Wechsler co-existen otras posiciones teóricas basadas en el análisis factorial de la inteligencia, y se desarrollan instrumentos de evaluación que permiten consolidar dichas posiciones. Estos instrumentos serán los que estudiaremos en el presente curso.

Los instrumentos para medir la inteligencia desde el análisis factorial responden a distintas teorías sobre la organización y la naturaleza de la inteligencia. Desde este enfoque, la inteligencia no es un rasgo unitario a modo de CI, sino un conjunto de aptitudes que no tienen que estar pre-

sentes en una misma persona de forma homogénea, sino que la persona puede reunirlas en distintos grados; y que esos rasgos o aptitudes no son independientes unos de otros, están relacionados entre sí. Esta idea sugirió la existencia de un factor general de inteligencia conocido como factor G. Posteriormente, se ha comprobado, como se dijo en la primera parte de este libro, que este factor G no es unitario, es decir, no explica toda la varianza del comportamiento que tiene que ver con el desempeño inteligente en la resolución de una tarea, y que las diferentes aptitudes, que determinan la solución de una tarea, pueden no ser estables sino estar moduladas en su ejecución práctica por otras variables no incluidas en el concepto de inteligencia, sino pertenecientes a otras esferas del funcionamiento psíquico como la motivación, la necesidad de logro u otras variables del contexto que rodea al sujeto.

¿Qué es el factor G, y qué es lo que evaluamos cuando utilizamos pruebas que miden dicho factor?

El factor G es un constructo hipotético mediante el cual se hace referencia a un conjunto de aptitudes que siempre se ponen de manifiesto en la resolución de tareas complejas. Según Spearman (1927), esas aptitudes constituyen el proceso psicológico que está en la base de los resultados obtenidos en los tests que reflejan la existencia del factor G; esas aptitudes son: la capacidad de introspección que permite al sujeto observar lo que ocurre en el interior de su mente, la capacidad de educir las relaciones esenciales existentes entre dos o más ideas que se tienen en mente, y la capacidad de educir correlatos, esto es, la capacidad que una persona tiene, supuesto que tenga en mente una idea y una relación, de concebir la idea inicial implícita en esa relación.

Los test de relaciones abstractas constituyen la mejor medida de dicho factor G. La complejidad de la tarea y la cantidad de manipulación mental conciente que tiene que realizar la persona para solucionar la tarea son los principales determinantes del grado en que una tarea satura en G. Es decir, la complejidad de la tarea favorece a que el sujeto desarrolle y manipule su actividad mental consciente; es lo complejo y nuevo de la tarea lo que obliga a la persona a manipular dicha información para lo cual hace uso del conjunto de aptitudes denominadas factor G; el elemento crucial responsable del grado en que un test satura en G, es la cantidad de manipulación mental consciente desencadenada por la nueva información que presenta la tarea. Se subraya el aspecto consciente ya que una actividad compleja, pero que la persona, por el grado de familiaridad con la misma la realiza de forma mecánica, no hay manipulación de aspectos novedosos, por lo tanto, dicha ejecución correlaciona menos con el factor G que en el caso en que la solución de la tarea resulta por primera vez. El resultado que se obtiene de estos instrumentos informa

de la capacidad intelectual general que tiene una persona, pero no dice qué operaciones hace el sujeto cuando resuelve una tarea que satura en G.

Los tests que se estudiarán y saturan en el factor G:

- Test de Matrices Progresivas de Raven.
- Test de Dominós de Anstey.
- Prueba de inteligencia no verbal de Weil.

Conocer solamente la capacidad intelectual general que tiene una persona, limita en mucho el conocimiento que sobre dicha persona se tiene y más aún, imposibilita ofrecer a dicho individuo posibilidades para su desarrollo personal; de tal manera, este enfoque del análisis factorial atrae a un grupo de investigadores preocupados por medir habilidades más concretas que intervienen en la resolución de desiguales tareas, y conocer cómo se organizan las mismas; el conocimiento de la magnitud de una determinada destreza en una persona posibilita una mejor predicción de su rendimiento en esa tarea; estas ideas dieron lugar a la construcción de diversos instrumentos de medida para evaluar aptitudes como: aptitud mecánica, artística, capacidad perceptiva, comprensión verbal, cálculo numérico, razonamiento espacial, etc. El primer instrumento para medir aptitudes fue el Test de Habilidades Múltiples, construido por Thurstone, en 1938. Estos instrumentos minimizan la posibilidad de obtener un factor general de inteligencia y maximizan la posibilidad de obtener factores independientes.

En el curso estudiaremos los test que miden aptitud perceptiva. Este factor se pone de manifiesto cuando el sujeto debe localizar, rápida y exactamente, una figura en función de determinados detalles visuales. Los tests a estudiar son:

- Test Percepción de Diferencias (Caras).
- Test de Atención de Toulouse.
- Test de Atención Tachado de Letras (Aparece en la última parte del libro dedicado a instrumentos de evaluación infantil).

Los test de aptitud perceptiva estudiados en este curso pueden ser aplicados, tanto a niños, como adultos, realizando las observaciones correspondientes a la edad y al tipo de labor que realiza la persona.

Los instrumentos derivados del enfoque factorial son, en su mayoría, de aplicación colectiva; estas pruebas pretenden ubicar a las personas en un determinado rango en relación a su rendimiento, comparativamente con otras personas de su misma población; el resultado obtenido de estos instrumentos, de esa forma, es muy mecánico, de modo tal se debe complementar su información con otros datos del contexto de la persona evaluada.

Durante la aplicación de estas pruebas, se debe tener presente las recomendaciones que fueron estudiadas en el capítulo dedicado a la Aplicación de los instrumentos, y recordar que los resultados obtenidos en los test no constituyen, por sí solos, indicadores certeros de la inteligencia o de rasgos de personalidad que tiene una persona; se dijo anteriormente, que los hallazgos obtenidos en cualquier tipo de instrumento de medida psicológico se integra al proceso evaluativo y se constituyen en hipótesis que deben ser probadas.

6.2. Test de Matrices Progresivas de Raven

Caracterización de la prueba:
Nombre del test: Test de Matrices Progresivas.
Autor: J. C. Raven
Procedencia: Inglaterra, 1936
No. de ítems: 60
Aplicación: El Raven puede ser aplicado de forma individual o colectiva.
Tiempo de aplicación: La prueba del Raven no tiene tiempo límite de aplicación. El tiempo aproximado que demora una persona en realizar la prueba oscila alrededor de los 45 minutos, pudiendo llegar hasta 1 hora.
Descripción: El test de Matrices Progresivas de Raven consta de 60 matrices o dibujos, a cada uno de estos dibujos le falta una parte. Estas matrices se agrupan en cinco series (A, B, C, D, E), cada serie está integrada por 12 ítems. Dentro de cada serie, a medida que avanza la tarea, va en aumento el grado de complejidad de la misma. Siempre la serie precedente presenta menor complejidad que la siguiente, aunque en cada nueva serie los primeros ítems tienen menor complejidad que los últimos que le antecedieron de la serie anterior. Las series A y B presentan tareas más fáciles que requieren precisión en la discriminación. Las series C, D y E, son las que plantean problemas más difíciles de resolver, el tipo de razonamiento implicado es el analógico, permutación y alteraciones del modelo y otras relaciones lógicas.

La forma de Test de Matrices Progresivas para niños, es en colores, contempla tres series A, B y C, esta versión es aplicable a menores comprendidos entre los 5 y 11 años de edad, también se utiliza en adultos deficientes mentales.

También existe una forma de Matrices Progresivas del Raven aplicables a personas con conocida superioridad intelectual, su uso es restringido.

La fundamentación que sustenta la prueba es la teoría de los factores de Spearman (1927) acerca del Factor G de la inteligencia. Por tratarse de un test no verbal y por las funciones psicológicas que intervienen en la solución de los problemas se plantea que el Raven es una prueba independiente de la cultura, no obstante es evidente que el nivel de instrucción y la experiencia del sujeto influyen en los resultados obtenidos en el test.

Orientaciones al examinador: Entregar al sujeto la hoja de respuesta, donde debe llenar los datos generales que le pide la prueba, para lo cual da un fondo de tiempo. A continuación, entrega el folleto de prueba y señala que en este folleto no se puede realizar marca alguna, todas las anotaciones se realizan en la hoja de respuesta. Ofrece las instrucciones utilizando el folleto y la hoja de respuesta mientras los sujetos confrontan con la mirada las orientaciones que reciben:

- El test consta de dibujos, a cada uno de estos dibujos le falta una parte, y él debe elegir la parte que falta entre 6 u 8 alternativas posibles que aparecen debajo.
- Aclarar que siempre hay sólo una respuesta correcta.
- Decir estos dibujos se agrupan en cinco series (A, B, C, D, E.) y cada serie está integrada por 12 ítems, lo cual pueden observar en el folleto y en la hoja de respuesta.
- En la hoja deben trabajar en columna completando una serie cada vez; al concluir el ejercicio 12 de la primera serie (A), pasa a la serie B, comenzando por el ítems 1; cuando complete el ítems 12 de la serie B pasa a trabajar en el ítems 1 de la serie C y así sucesivamente.
- Los tres primeros ejercicios se realizan conjuntamente con el sujeto, es decir el examinador debe pedir a los sujetos que digan cual es el número del pedazo que falta en esos ejercicios, y debe chequear que dicho número se coloque en la hoja de respuesta en el lugar correcto.
- Después se les dice que a medida que avanza la prueba, las tareas aumentan en complejidad, y que ante cualquier duda pueden preguntar.

El examinador no puede dar orientación alguna acerca de cual es la respuesta correcta; ante las preguntas de los sujetos puede responder: la que usted considere correcta es la que debe poner en la columna correspondiente.

En dependencia de la pregunta, también puede decir al sujeto, debe analizar el cambio de las figuras en la secuencia horizontal, vertical y diagonal, lo cual lo ayudará en su decisión.

Calificación:

- Colocar encima de la hoja de respuesta del sujeto la plantilla calada con las respuestas correctas; de forma rápida, realizar la calificación del protocolo, otorgando 1 punto por cada respuesta correcta.
- La calificación se realiza por columna, lo cual permite observar el grado de dificultad que es capaz de resolver el sujeto.
- La puntuación total, se lleva a la Tabla de Puntajes y Percentiles por Edad, donde se busca en la columna de edad el percentil correspondiente a la puntuación obtenida por el sujeto.
- El percentil se lleva a la Tabla de Diagnóstico, donde se obtiene el rango y el diagnóstico correspondiente a esa persona.

Modelo del protocolo de respuesta del Raven

P S I C O L O G I A

Protocolo de Prueba de RAVEN

Adultos

Centro de estudio o trabajo: _____

_____

1er. Apellido 2do. Apellido Nombre

Edad: _____ Nivel escolar o grado terminado: _____

A		B		C		D		E	
1		1		1		1		1	
2		2		2		2		2	
3		3		3		3		3	
4		4		4		4		4	
5		5		5		5		5	
6		6		6		6		6	
7		7		7		7		7	
8		8		8		8		8	
9		9		9		9		9	
10		10		10		10		10	
11		11		11		11		11	
12		12		12		12		12	
Punt. Parc.		Punt. Parc.		Punt. Parc.		Punt. Parc.		Punt. Parc.	

Actitud del Sujeto

Forma de trabajo

Reflexión - Intuitiva

Rápida - Lenta

Inteligente - Torpe

Concentrada - Distraída

Disposición

Dispuesta - Fatigada

Interesada - Desinteresada

Tranquila - Intranquila

Segura - Vacilante

Perseverancia

Uniforme - Irregular

D I A G N O S T I C O

Edad cron. Pujante

T/minutos Porcent.

Descrip. Rango

Diagnóstico

Examinador

Tabla 6.2. Puntaje y percentiles por edad para el Test Raven en adultos y adolescentes

Percentil	Adolescentes								Adultos							
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	25	30	35	40	45	50	55
95	47	48	51	52	55	57	57	58	55	55	54	52	53	50	46	46
90	43	45	47	48	51	51	55	56	54	54	53	51	44	47	45	43
75	38	40	45	46	48	51	51	52	49	49	47	45	43	41	39	37
50	36	38	40	42	45	46	46	47	44	44	42	40	38	35	33	30
25	34	35	38	40	42	43	43	44	37	37	34	30	27	27	21	18
10	22	27	27	28	30	34	35	35	28	28	....	....	....	....	....	....
5	18	18	20	21	23	26	26	27	23	23	....	....	....	....	....	....

Tabla 6.3. Diagnóstico para el Test Raven de Adultos

Percentil	Rango	Diagnóstico
95	I	Inteligencia superior
90	II	Inteligencia superior al promedio
75	III	Inteligencia normal alta
50	IV	Inteligencia normal
25	V	Inteligencia normal baja
10		R:M:F:
5		Deficiente

6.3. Test de Matrices Progresivas: Dominós

Caracterización de la prueba

Nombre de Test: Test de Dominós.
Autor: Edgar Anstey

Procedencia: El test Dominós fue construido en 1944 para la armada británica como test paralelo a las matrices progresivas de Raven. La primera versión de la prueba consta de 44 ítems. La segunda fue realizada por Anstey en 1955, consta de 48 ítems, agrupados en 8 páginas.

La prueba utilizada por nosotros corresponde a la versión de Anstey, de 1955, que fue validada en Uruguay por el profesor Dr. W. L. Risso, Director del Servicio Medico-Pedagógico de la Universidad de Trabajo del Uruguay. Anstey tipificó la muestra de 1736 sujetos, de 15 a 20 años, obteniendo un baremo nacional para el Uruguay; calculó los valores estadísticos de su confiabilidad (coeficiente 0,85) y validez (contrastado con el Raven, coeficiente o, 55).

Validación: El test Dominós no está validado en la población cubana.

Administración: Autoadministrable. Puede ser aplicada en forma individual o grupal. En el trabajo infantil se recomienda la aplicación a niños mayores de 12 años. Admite trabajar con niños de 10 años edad de forma individual.

Tiempo de aplicación: 30 minutos, con una tolerancia de 12 a 15 minutos adicionales.

Descripción: El test Dominós de Anstey de 1955, está integrado por 48 problemas pictóricos impresos en cuaderno, a razón de 6 diseños por página. Los cuadernos contienen, además, una página preliminar destinada a explicar la tarea a realizar por el sujeto mediante 4 ejemplos. Los dos primeros ejemplos son problemas ya resueltos y los dos restantes, problemas a resolver bajo la supervisión del examinador. Cada problema contiene una ficha de dominós en blanco para que el examinando señale la cantidad de puntos que corresponde a la solución. Los cuadernos tienen 8 páginas de problemas, en cada uno de los cuales se introduce un nuevo principio de organización de los conjuntos de ficha.

Los 48 ítems que integran el test están dispuestos en orden de dificultad creciente, aunque no exactamente, puesto que el primer ítems de un nuevo principio puede ser algo mas fácil que el último del precedente. Sin embargo, dentro de cada página se cumple este principio de ordenación por dificultad.

El test de Dominós es un test gráfico, no verbal, de inteligencia, cuyo objetivo es valorar la capacidad de una persona para conceptuar y aplicar el razonamiento sistemático a nuevos problemas.

Para lograr dicho objetivo se ha elaborado una serie de diseños que, bajo la forma de conjunto de fichas de dominós son presentados en orden de dificultad creciente.

Se supone que la capacidad del sujeto para resolver aceptadamente un determinado número de problemas se halla en función directa al factor G de la inteligencia (según la teoría factorial de la inteligencia de Spearman).

Con el test de Dominós puede valorarse la capacidad de una persona para:

a) Percibir exactamente el numero de puntos de cada conjunto de fichas.
b) Descubrir el principio de organización del conjunto.
c) Resolver, mediante la aplicación de dichos principios, la cantidad de puntos que ha de colocar en cada uno de las mitades de la ficha del Dominós en blanco, para completar el diseño.

El fundamento teórico de la prueba de Dominós se encuentra en la teoría factorial de Spearman, Factor G, de 1904, y en su metodología psicométrica. Los principios que regulan las secuencias de las series de Anstey de 1955 son:

Simetría. Página 1
Alternancia y progresión simple. Página. 2 y 3
Asimetría. Página 4
Progresión circular. Página 5
Progresión compleja (series) Página 6
Combinación de principios previos. Página 7.
Adicción y sustracción. Página 8

Material de la prueba: El test de Dominós consta de un folleto y una hoja de respuesta.

Instrucciones al examinador: Entregar al sujeto la hoja de respuesta y dar fondo de tiempo para llenar los datos generales. El examinador orienta no realizar anotaciones en el folleto de trabajo, y debe leer en voz alta las instrucciones de la prueba, mientras el examinado sigue con la mirada dichas instrucciones. Hecho esto, se procede a realizar los ejercicios de prueba. El sujeto debe estudiar previamente, al comenzar el test los 4 ejemplos que aparecen en la primera página. Las soluciones de los 2 primeros problemas aparecen ya impresos (A y B). Los ejemplos C y D, el examinado debe dar sus propias respuestas. El examinador debe velar que el sujeto dé las respuestas correctas en esos ejemplos, y que las registre en el lugar que le corresponde. Si algún examinado muestra algu-

na dificultad en este respecto, el examinador lo ayudará antes de dar la orden de iniciar el test propiamente dicho.

Calificación: Se acredita un punto por cada respuesta totalmente correcta. El puntaje bruto al que se arriba al final del proceso de cómputo no constituye un dato suficiente para la calificación, ya que un mismo puntaje tiene distinta significación a distintas edades. Es necesario utilizar una escala que permita una rápida ubicación del sujeto al grupo de edad al que pertenece, de tal modo la calificación así obtenida se lleva a la tabla 6.4. de percentiles; en dicha tabla y por la columna de edad, se busca el valor de la calificación obtenida, y ésta nos da el percentil; después, en la tabla 6.5. se busca el diagnóstico que corresponde a dicho percentil.

La distribución de los puntos en la población es aproximadamente el siguiente:

Puntaje	Población
48-41	10% superior
40-33	20% siguiente
32-27	20% siguiente
26-20	20% siguiente
19-11	20% siguiente
10-0	10% inferior

El Puntaje medio en adulto es 26/27.

Se consideran erróneas las respuestas que omiten el cero (0) y simplemente dejan en blanco una mitad de la ficha de la hoja de respuesta (por ejemplo en los ítems 4, 11, 21, etc.)

Hoja de respuesta del test de dominós

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nivel escolar: _____

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	32	33	34	35
36	37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48	

Tabla 6.4. Percentil, Puntuación, Edad. Test De Dominós

Percentil	12 - 13	14 - 15	16 - 17	18 - 30
1	4	5	6	8
5	9	11	12	16
10	14	15	16	20
20	21	22	23	24
26	22	23	24	25
30	23	24	25	26
40	26	26	27	29
50	27	28	29	31
60	29	30	31	33
70	31	32	33	35
75	32	33	34	36
80	33	34	35	37
90	35	37	39	40
95	38	39	41	41
99	42	43	44	45

Tabla 6.5. Percentil, Rangos y Diagnósticos. Test Dominós

Percentil	Rangos	Diagnóstico
95 - 100	I	Muy Superior
90	II	Superior
75 - 90	III	Superior al Promedio
50 - 74	IV	Promedio Normal
23 - 49	V	Inferior al Promedio de la Población.
10 - 24	VI	Definitivamente inferior al promedio
5 - 9	VII	Deficiente

6.4. Prueba de inteligencia no verbal (Weil)

Caracterización de la prueba:

Nombre de la prueba: Prueba de inteligencia no verbal (Weil)

Autor: Pierre Weil

Procedencia: La prueba de inteligencia no verbal fue creada en Brasil, en 1951, por Pierre Weil.

Objetivo: La prueba de Weil pretende medir la inteligencia general (Factor G)

No. de ítems: 60

Materiales de la prueba: Es una prueba de papel y lápiz que consta de un cuaderno y una hoja de respuesta.

Administración: La prueba de inteligencia de Weil puede ser aplicada a niños, adolescentes y adultos, independientemente del nivel cultural. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, sin límite de tiempo. El tiempo promedio de realización de la prueba es de 25 minutos a 1 hora.

Prestación del test: El cuaderno de trabajo se presenta con cuadros que muestran dibujos, en cada uno de estos cuadros se omite una parte y el sujeto debe elegir, entre las alternativas posibles que aparecen en la parte inferior del cuadro, la respuesta correcta en cada caso. Cada hoja presenta 12 ítems en orden creciente de dificultad. Y cada hoja ofrece una mayor dificultad que la hoja precedente. Antes de comenzar la ejecución en el test como tal, el examinando debe resolver los ejercicios que a modo de ejemplo aparecen en la primera hoja del test.

Instrucciones al examinador: Primero se da un fondo de tiempo para llenar los datos generales; seguidamente se explica a los sujetos el modo de proceder mientras siguen con la mirada, en su folleto, las indicaciones que da el examinador: Como ustedes observan, este cuaderno presenta cuadros que tienen dibujos, en cada uno de estos cuadros se omite una parte y usted debe elegir entre las alternativas posibles que aparecen en la parte inferior del cuadro, la respuesta correcta en cada caso. Antes de que los sujetos comiencen a trabajar, el examinando debe resolver los ejercicios que a modo de ejemplo aparecen en la primera hoja del test, una vez realizados éstos, se da la orden de comenzar.

Calificación: Se califica otorgando un punto por cada respuesta correcta y se anulan las respuestas dobles, también se anulan las respuestas que se hallan dejado en blanco. La anotación final se transforma en percentil y de esta forma se obtiene un diagnóstico, según señala la tabla de calificación.

Validación en Cuba: Sí (16 000 sujetos de nivel primario y secundario)

Tabla 6.6. Calificación. Weil

Tabla 6.7. Percentil, puntajes y edades. Weil

Percentil	6 1/2	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	A	B	C
95-90	---	35	41	42	45	46	47	47	47	44	50	47	57	30
80	---	31	36	39	42	43	43	43	43	43	46	43	56	25
75	---	30	34	38	40	42	42	42	42	42	44	42	55	23
70	---	29	33	37	39	41	41	41	41	41	42	40	54	21
60	23	27	31	35	37	38	38	38	38	39	41	37	53	19
50	22	25	28	32	33	33	34	35	35	36	36	35	51	17
40	20	23	26	31	32	32	32	33	34	35	35	33	49	16
30	19	21	23	30	31	31	32	33	33	34	34	30	46	13
25	18	20	22	28	29	30	31	32	32	32	32	28	44	12
20	14	17	20	26	28	29	30	31	31	31	26	26	42	8
10	7	11	15	21	25	25	27	26	26	26	26	21	40	7
5	4	8	12	16	19	21	22	22	22	23	23	16	35	5

Leyenda:
A: Adulto no universitario, B: Adulto Universitario, C: Adulto Analfabeto.

Tabla 6.8. Percentil-coeficiente-diagnóstico. Weil

Perc.	Coeficiente	Perc.	Coeficiente	Coeficientediagnóstico E/Coeficiente	Diagnóstico
99	135	40	96	130	Muy Superior
97	129	30	92	121- 129	Superior
95	128	25	92	110 -120	Normal Alto
90	119	20	87	90 - 109	Normal
80	113	10	81	80 - 89	Normal Bajo
75	110	5	75	70 79	RMF
70	108	3	72	50 - 69	RML
60	104	1	5	25 - 49	RMM
50	100			0 - 24	RMP

Capítulo 7

Instrumentos de evaluación para medir el proceso de atención

7.1. El Test de Atención de Toulouse

Caracterización de la prueba

El test de Atención de Toulouse-Pierón fue creado originalmente en el año 1906 por el francés E. Toulouse y H. Pierón, con el objetivo de medir concentración y resistencia a la monotonía. El test estaba constituido, inicialmente, por 460 figuras distribuidas en 23 filas, con 20 figuras en cada una; las formas de las figuras son pequeños cuadraditos con líneas que señalan 8 posiciones en diferentes direcciones y que se hallan desparramados en la hoja de un modo irregular; la tarea del sujeto consiste en tachar los cuadraditos que tienen la línea en la misma dirección que los dos modelos presentados. La prueba tiene la ventaja de poder ser aplicada a sujetos independientemente del nivel cultural, incluso a analfabetos, dado que no exige respuestas verbales. La administración puede ser individual o colectiva, y el tiempo de duración es de 10 minutos.

La prueba de Atención de Toulouse que presentamos a continuación consta de 100 elementos gráficos, los cuales consisten en signos representados por pequeños cuadrados con rayitas que se disponen en diversas direcciones. La tarea que debe realizar el examinado consiste en tachar los signos que son idénticos a los tres que sirven de muestra; es una prueba de discriminación, semejanzas y diferencias en la que juega un papel importante la atención selectiva.

El factor de la inteligencia que mide esta prueba, relacionada con la concentración y resistencia a la monotonía, es capaz de valorar la aptitud de la calidad de la concentración perceptiva visual en cuanto a rapidez y precisión en identificar rápida y exactamente una figura en función de determinados detalles visuales. Su aplicación es importante en personas que optan por puestos de trabajo donde esta habilidad es requisito fundamental, como sucede, por ejemplo, en el examen de chóferes; tam-

bién, el test se utiliza en el deporte, donde la calidad de la atención de los atletas en la actividad que realizan es fundamental para el logro del desempeño; este tipo de pruebas, de discriminación, semejanzas y diferencias, en la que juega un papel importante la atención selectiva, proporcionan una valiosa ayuda en la evaluación diagnóstica de niños con déficit de atención.

Instrucciones al examinador: El examinador entrega el test y permite un fondo de tiempo para el llenado de los datos generales por el sujeto, y puntualiza que no deben virar la hoja todavía, deben esperar por las orientaciones para realizar la prueba:

El examinador comienza y señala fijar la mirada en la parte superior de la página, donde aparecen tres modelos de signos. Orienta deben tachar con una rayita todas las figuras que sean exactamente iguales a esas tres. El tachado se realiza de forma diagonal, dentro de cada cuadrito. Orienta trabajar empezando por arriba, de izquierda a derecha. Al concluir una fila, continúe por la fila que le sigue comenzando siempre de izquierda a derecha. Háganlo lo más rápidamente posible, pero sin saltar ninguno de los signos que sean iguales a esos tres.

Se les dice que la prueba es de tiempo limitado. Se le irá indicando el tiempo al cabo de cada minuto, y deberán entonces hacer una cruz en el lugar de la página en donde se encuentre en ese instante, y seguir el trabajo rápidamente como antes.

Recuerden trabajar con rapidez y cuidado, y deben tachar con una rayita todas las figuras que sean exactamente iguales a esas tres que aparecen arriba.

Empiece ya

Calificación del Test de Atención de Toulouse:

- El examinador debe confeccionar una clave calada donde aparezcan las figuras que son exactamente iguales a las figuras de muestra.
- De las 100 figuras en total que aparecen en el test sólo 55 son iguales a las tres que sirven de ejemplo.
- El % de figuras correctamente tachadas por el sujeto se obtiene del total de las 55 correctas.
- El diagnóstico de la calidad de la atención se obtiene mediante el porciento de respuestas correctas, y aparece en la Tabla 7.1.

Tabla 7.1. Calidad de la atención. Toulouse

% de figuras correctamente marcadas	Evaluación de la calidad de la atención
Entre 81 y 100%	Buena Calidad de la Atención
Entre el 70 y el 80%	Atención Disminuida
Menos del 70%	Déficit de atención

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA GENERAL

Laboratorio Psicológico

PRUEBA DE TOULOUSE

No vire la hoja hasta que se le indique

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____años y _____meses. Sexo: _____

Grado o año que estudia: _____

Centro de enseñanza: _____ Curso: _____

Dirección del alumno: _____ Teléf: _____

Fecha de la prueba: _____

Otras observaciones: _____

_____

INSTRUCCIONES

Cuando se les de la señal de comenzar viren la hoja y fíjense bien en la página del dorso en los tres modelos de signos que están en la parte superior de la página. Deben tachar, con una rayita, todas las figuras que sean exactamente iguales a esas tres. Empiecen por arriba, de izquierda a derecha. Háganlo lo más rapidamente posible, pero sin saltar ninguno de los signos que sean iguales a esos tres.

La prueba es de tiempo limitado. Se les irá indicando el tiempo al cabo de cada minuto, deberás entonces hacer una cruz en el lugar de la página en donde se encuentren en ese instante, y seguir trabajando rápidamente como antes.

Empiecen ya: trabajen con rapidez y cuidado.

Recuerden: Deberán tachar con una rayita todas las figuras que sean exactamente iguales a esas tres que aparecen arriba.

7.2. El Test Percepción de diferencias. Las caritas.

Caracterización de la prueba

Nombre del test: Percepción de Diferencias (Caras)
Autor: L. L. Thurstone.
Objetivo: Este test está diseñado para valorar la aptitud perceptiva y los aspectos perceptivos de la inteligencia general. Se utiliza además, como una prueba para valorar la concentración de la atención.

Descripción: La prueba de percepción de diferencias o de caras fue creada por Thurstone y Yela en 1979, consta de 60 elementos gráficos, cada uno de ellos formados por tres dibujos esquemáticos de caras con la boca, cejas, ojos y pelo, representados con trazos elementales, dos de las tres caras son iguales, la tarea que debe realizar el examinando consiste en tachar la cara que es diferente; es una prueba de discriminación, semejanzas y diferencias en la que juega un papel importante la atención selectiva.

Este tipo de prueba, unida a pruebas semejantes, proporciona una valiosa ayuda en la evaluación diagnóstica de niños con déficit de atención y contribuyen en la creación de entrenamientos y desarrollo de estrategias atencionales en niños que presentan estas deficiencias.

Sin embargo, estas técnicas carecen de datos normativos que puedan demostrar la desviación de las personas con respecto al desarrollo normal, y nunca se deben tomar como única medida para un diagnóstico.

Se propone para su calificación una manipulación de los datos similar a la efectuada en la prueba de Toulouse. En el test Percepción de Diferencias (Caras) el % de caritas correctamente tachadas por el sujeto se obtiene del total de las 20 que deben tacharse por resultar diferentes; aunque si bien esta técnica carece de datos normativos que puedan demostrar la desviación de las personas con respecto al desarrollo normal es útil para hallar diferencias en cuanto a la atención en sujetos agrupados por características similares, teniendo siempre presente el resultado de este instrumento no debe tomarse como única medida para un diagnóstico.

No. 21

TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS

(Caras)

PD	
PC	
PT	
GN	

Apellidos y nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Empresa: _____ Categoría: _____

Centro de enseñanza: _____ Curso: _____

INSTRUCCIONES

Observe la siguiente fila de caras. Una de las caras es distinta a las otras. La cara que es distinta está marcada.

Cuando se le indique, vuelva la hoja y marque las restantes caras en la misma forma. Trabaje rápidamente, pero trate de no cometer equivocaciones.

ESPERE LA SEÑAL DE COMIENZO

Capítulo 8

Instrumentos de Evaluación Psicológica

Instrumento de evaluación para medir la inteligencia y trastornos psíquicos de tipo orgánico

8.1. Introducción

El Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender estudia la organización perceptivomotriz del espacio, y sus resultados aportan importantes indicadores de tipo genético ya que destaca el aspecto de maduración neuromotriz que se produce en el transcurso del crecimiento y se ponen de manifiesto en el logro de estas sencillas figuras. Para Bender, este proceso de maduración, que posibilita la confección de estos diseños se produce desde los 4 a los 11 años de edad, donde la ejecución es satisfactoria; agrega que la edad adulta sólo aporta cierta perfección motriz o bien una mayor precisión en los detalles de dimensiones y distancias.

Este intervalo de edad es el período durante el cual se produce el desarrollo del lenguaje, la lectura y la escritura; y la autora señala que, a partir de los estudios realizados sobre la afasia sensorial, se ha mostrado que "*la función de Gestalt visomotriz es una función fundamentalmente asociada con aptitud del habla y estrechamente con las diversas funciones intelectuales tales como la percepción visual, habilidad motriz manual, conceptos temporales espaciales, y organización o representación*"[6]

Dice la autora, la organización perceptivomotriz evoluciona con la edad, pero pueden existir insuficiencias específicas en este dominio sin relación con la edad mental global alcanzada, y esa insuficiencia repercute en otras esferas de actividades y, particularmente, en el aprendizaje escolar.

[6] Bender, Laureta: Test Guestáltico vasomotor,p.

Los resultados obtenidos por Bender con miras a fijar normas de edad se distribuyen en tipos posibles de resultados que van de 5 a 9 "tipos" por lámina en cada edad, es decir, la autora, basada en la descripción de los protocolos, realiza una clasificación en "tipos" acorde al nivel de logro que en la reproducción de cada una de las figuras, dentro de una misma edad, se consigue, lo cual se corresponde con el nivel alcanzado en la organización perceptivomotriz; ejemplo: la lámina A tiene 7 tipos de puntajes, van desde el puntaje 1 por garabato a los 3 años hasta la perfección motriz de un buen círculo y un buen cuadrado sobre la diagonal a los 11 años, corresponde a dicha edad el último tipo de máximo logro alcanzado en esa lámina.

Pero las intenciones de Bender no son la de establecer un instrumento psicométrico, y no habla de un nivel global que se valoriza por un promedio en caso de discordancia entre los resultados, ella enfatiza el análisis clínico del comportamiento, expresado en la reproducción de las figuras. A esta forma de análisis clínico nos referiremos en el presente

Láminas del Test de Bender

Lámina A

Lámina 1

Lámina 2

Lámina 3

Lámina 4

Lámina 5

Lámina 6

Lámina 7

Lámina 8

capítulo, y dejamos para la parte dedicada a niños la valoración del desarrollo de la organización perceptiva.

8.2. Test Geltáltico Visomotor de Bender

Caracterización de la prueba

Nombre de la prueba: Test Geltáltico Visomotor.
Autor: Lauretta Bender.
Procedencia: El test Geltáltico Visomotor de Bender se crea en los Estados Unidos, fue publicado en 1938.
No. de ítems: 9
Objetivo: El objetivo es medir el desarrollo intelectual en niños, expresado a través de la reproducción de las nueve láminas y valorar la presencia de un síndrome orgánico a partir de las características que se observan en la reproducción de estos diseños, para precisar posibles desórdenes orgánicos, tanto en niños como en adultos.
Administración de la prueba: El test de Bender se aplica de forma individual, tanto en niños como en adultos. Es una prueba que puede ser utilizada al inicio de la batería de test por ser una tarea sencilla, de poca implicación personal.
Orientaciones al examinador: Se entrega al sujeto una hoja de papel blanco y un lápiz con buena punta. La consigna propuesta por la autora de la prueba: "He aquí algunas figuras para que las copies tal como las ves". Las tarjetas se van presentando en un orden definido comenzando con la figura A, 1, 2, etc., hasta terminar con la número 8. Bender sugiere alentar la colocación de la primera figura cerca del ángulo superior izquierdo del papel, pero si la sugerencia no es aceptada no debe insistirse sobre ello.

El examinador debe impedir la rotación de las figuras, volviendo a colocar las tarjetas en su posición original. Si la rotación continúa es mejor dejar que el sujeto siga su impulso y anotar tales reacciones, así como la posición en que la lámina queda colocada finalmente. De igual forma el examinador debe impedir las tentativas del sujeto para girar la hoja en la cual trabaja, deben anotarse estas incidencias y la posición en

que el papel es colocado en la realización de cada ejercicio, (el examinador debe distinguir entre rotación perceptiva, indicador de trastorno neurológico y/o funcionales graves, de la rotación de la hoja que responde más bien a causa ansiógena) El sujeto puede utilizar goma de borrar, pero no medios auxiliares para la realización de las figuras. A las preguntas de algunos sujetos acerca de si los diseños deben tener la misma cantidad de puntos o las mismas medidas que la muestra se les responde "Como a usted le parezca" cualquier otra conducta significativa, tal como bloqueo, resistencia, etc., tiene que ser anotada.

Tiempo de aplicación: La prueba se aplica sin límite de tiempo, pero el tiempo utilizado en la reproducción de los dibujos es bastante breve.

Descripción: El Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender está constituida por nueve láminas, de color blanco, que miden 10 x 15 cm., donde aparecen figuras geométricas trazadas en negro.

El objetivo de la autora con esta prueba es medir el desarrollo intelectual en niños, expresado a través de la reproducción de las nueve láminas y valorar la presencia de un síndrome orgánico a partir de las características que se observan en la reproducción de estos diseños, para precisar posibles desórdenes orgánicos, tanto en niños como en adultos.

Las nueve láminas utilizadas por Bender fueron seleccionadas de una serie más larga empleada originalmente por Wertheimer, uno de los fundadores de la escuela de la Gestalt, en sus estudios sobre la percepción visual que aparecen en una monografía sobre configuración, en el año 1923.

L. Bender estandarizó la prueba en una muestra de 800 personas clasificadas entre deficientes mentales y personas normales, cuyas edades oscilaban entre 3 y 11 años de edad. Bender considera que es a los 11 años de edad, cuando todas las figuras se reproducen de manera satisfactoria y la edad sólo aporta "*una mayor precisión en los detalles de dimensiones y distancias*".[7] También, aplicó la prueba a sujetos adultos, portadores de deficiencia mental y enfermos con trastornos neuróticos, psicóticos depresivos, afásicos, esquizofrénicos, etc., encontrando indicadores cualitativos que caracterizaron y diferenciaron a los grupos.

En la actualidad, el Test Gestáltico Visomotor de Bender es un test de numerosas aplicaciones psicológicas. Los factores psicológicos que se revelan en la prueba son la percepción, la atención, la coordinación visomotora, la memoria inmediata, y de forma más específica, el movimiento fino, la orientación espacial, la posición relativa entre los elementos, etc.

---

[7] Bender, Laureta: Test Guestáltico vasomotor,p.

Los resultados obtenidos por la autora de la prueba ofrecen información acerca de la maduración neuromotriz que se produce en el transcurso del crecimiento y que se hace evidente en los resultados obtenidos, de edad en edad, mediante los dibujos de las figuras del Test de Bender. Las transformaciones que se observen en la reproducción de estas figuras, en relación al diseño, ponen de manifiesto alteraciones en los procesos psicológicos anteriormente señaladas, orientando de esta forma, la presencia de patología orgánica, las cuales suelen provocar trastornos en estas funciones.

La mayor validez de la prueba de Bender radica en la detección de patología orgánica aunque existen algunos casos en que no son detectados a través de la prueba. Solo la presencia de los indicadores que apuntan a la organicidad en el Bender, no constituye elemento suficiente para dicho diagnóstico. Para ratificar la posibilidad de un síndrome orgánico se hace necesario utilizar otros procedimientos neuropsicológicos que corroboren esa impresión.

Interpretación: El proceso de interpretación debe contemplar 4 aspectos fundamentales:

1. Distribución de las copias en el papel.
   - Ordenamiento y sucesión: meticulosidad exagerada.
   - Emplazamiento en la mitad superior de la hoja (Reproducciones pequeñas y próximas): incertidumbre; búsqueda de seguridad.
   - Figuras "colgadas" de los cantos: incertidumbre; inseguridad, necesidad de apoyo. Temor a colocarse en el centro de la atención y a la autonomía.
   - Amontonamientos superposiciones: Falta de atención a los límites; falta de preocupación por los demás. Agresivos con el ambiente, esquizofrénicos y pacientes orgánicos incapacitados para captar las relaciones o que sufren confusión en los límites del propio cuerpo.
   - Enmarcamiento de cada figura: Necesidad de seguridad; afán de compensar la ansiedad e incertidumbre.
2. Tratamiento de las figuras.

Tamaño de las figuras.

Grandes: falta de control y de inhibición.

Pequeñas: tendencia al retraimiento; inhibición de la espontaneidad; sujetos emocionales bloqueados.

Manejo lábil: cambios de la impulsividad a la inhibición: sujetos ambivalentes. (Por ejemplo, en el modelo 2: primero redondeles de tamaño medio, después aumento y finalmente estrechamiento).

Fragmentación.

La figura no es tratada como una unidad sino como un conglomerado

de elementos independientes (ejemplo: tratar cada uno de los polígonos del modelo 7 como entidades independientes y no como integrantes de una Gestalt): implica trastornos de organización (percepción inadecuada) y/o dificultades motoras (que impiden la reproducción de la unidad). Tendencia a la división o a la disociación.

Fragmentación por perturbación perceptual: desorden orgánico o esquizofrenia.

Fragmentación por perturbación motora (especialmente si se dan otros signos concurrentes): desórdenes orgánicos, (Observación: si el examinado critica su producción gráfica, no se trata, claro está, de un trastorno perceptual sino motor).

Tratamiento de la figura a nivel concreto (Ej.: Modelo 3 = bandada de pájaros volando): enfermos orgánicos y esquizofrénicos, y en general regresión grave.

Elaboración.

El estímulo sirve de disparador de las preocupaciones y necesidades del examinado y lo lleva a una producción arbitraria. Consiste en el adorno o adición de elementos a una figura.

Ejecución demasiado perfecta.

Copias cuidadosas y controladas, tipo réplica del modelo. Indicador de esfuerzo por mantenerse integrado frente a la inminente desorganización. Puede darse en esquizofrénicos incipientes, en obsesivos. Debe ser tomado en cuenta no solo los modelos reproducidos sino el proceso mismo de ejecución, si el sujeto cuenta los puntos, los intentos de medición, etc.

Primitivización y sobresimplificación.

Puede deberse a: a) inmadurez mental y emocional; b) regresión psicótica u orgánica. El diagnóstico diferencial se establece por el grado de coordinación motora y la presencia o ausencia de elementos insólitos.

Deficientes mentales y pacientes orgánicos: empleo indiscriminado de la espiral cerrada, dificultades de coordinación motora, trastornos rotativos, tendencia al concretismo.

Psicópatas: simplificación para no esforzarse; sólo dificultades de coordinación motora debidas a impulsividad y precipitación (falta de ajuste de los trazos al modelo: falta de precisión en los cortes).

Perseveración.

Tipo a) Repetición del modelo o patrón (Ej.: repetición indefinida de los puntos o círculos en las figuras 1 y 2).

Tipo b) Repetición de un modelo o elementos de una figura en la reproducción de otras (Ej.: reproducción de la figura 2, formando una sola línea por influencia de la figura 1).

Rotación.

Cuando es toda la figura: Indica generalmente trastornos de orientación espacial. Consiste en el movimiento de toda la figura sobre su propio eje.

Incapacidad para mantener alineaciones horizontales: Puede darse en sujetos incapaces de situarse en el espacio. En algunos casos puede ser reflejo de una intensidad marcada del humor exaltado o deprimido con la consiguiente pérdida de control.

Desplazamiento.

Ocurre cuando en varias partes de la figura, que están relacionadas de una forma definida, el sujeto modifica una de sus partes. Aquí parecería que mientras el sujeto es capaz de separar la figura en sus elementos componentes muestra distorsión en el proceso de síntesis. Tales perturbaciones son más comunes cuando hay deterioro orgánico o procesos esquizofrénicos.

3. Tratamiento de las líneas.

Carácter de la línea. Deja ver el sentimiento del examinado frente al ambiente y la actitud frente a sí mismo.

Líneas esbozadas, tenues: ansiedad, timidez, falta de autoconfianza, vacilación.

Líneas impulsivas, enérgicas, fuertes: agresión y hostilidad frente al ambiente.

Alteraciones de las líneas.

Exageraciones y minimizaciones en las líneas: curvas acentuadas o aplastadas, ángulos acusados o redondeados: dejan ver las dificultades en el control de las emociones.

Los criterios proyectivos de la prueba considerados en los párrafos anteriores, dirigidos al conocimiento de la personalidad, deben ser utilizados sólo cuando los indicadores son evidentes.

La utilización de la prueba con un fin clínico resulta más adecuada, tratando de destacar empíricamente la presencia de los indicadores que caracterizan a las patologías. Así tenemos:

Indicadores de organicidad.

- Amontonamiento, superposiciones.
- Fragmentación.
- Rotación y desplazamiento.
- Perseveración.
- Figuras primitivas y simplificadas.
- Trastornos visomotores evidentes: sustitución de elementos, prolongación de líneas y dificultades con los ángulos.

Indicadores de esquizofrenia:

- Amontonamiento, superposiciones.

- Fragmentación.
- Rotación y desplazamiento.
- Perseveración.
- Figuras primitivas.
- Trastornos visomotores.

Un diagnóstico diferencial estaría dado por los siguientes aspectos:
1ro. Los orgánicos muestran consistencia en la calidad de la reproducción, siendo ésta mala. A medida que los modelos son más difíciles (Ej. modelos 7y 8), la calidad de la reproducción es peor.
En cambio, los esquizofrénicos muestran inconsistencia en la ejecución, observándose que realizan mal los modelos fáciles (Ej. A,1) y reproducen bien los modelos difíciles. En ocasiones, en el marco de modelos bien reproducidos, irrumpe uno o dos de carácter patológico.
Aunque pueden encontrarse indicadores en cada una de las figuras de los sujetos esquizofrénicos, no se puede hablar de una reproducción general mala, que haga recordar el trabajo de un niño de edad escolar temprana.
2do. Los orgánicos muestran más trastornos visomotores. Es posible encontrar protocolos esquizofrénicos en los que no aparecen dichos trastornos.
3ro. Los orgánicos presentan una perseveración mayor.
4to. Los orgánicos pueden fragmentar las figuras por diversas razones: perceptuales y motoras. Al tener fragmentación motora realizan críticas de su trabajo, lo cual no se observa en la esquizofrenia.
5to.Si bien ambos rotan las figuras, la rotación del esquizofrénico, con mayor frecuencia, es en dirección opuesta al movimiento del reloj.

Debe destacarse que, pocas veces, un sujeto con lesión orgánica no es detectado a través de la prueba; en cambio, algunos pacientes esquizofrénicos no son detectados como tales.

Por último, resulta conveniente señalar que la calificación de la prueba se puede realizar de dos formas: por modelo, destacando los indicadores de patología presentes; o por indicador de patología, señalando los modelos en los cuales aparece. Recomendamos la primera forma para los principiantes.

Con independencia del criterio asumido, se debe realizar al final una fundamentación del diagnóstico.

4. Signos que pueden evidenciar disturbios en la coordinación visomotora.
   - Incapacidad del paciente de copiar ángulos. El lograr el efecto angular de la figura 3 constituye un problema. (Puede ser producto de trastornos orgánicos).
   - Líneas estiradas o prolongadas, llevadas más allá del punto donde ellas terminarían. Evidencian falta de control motor.
   - Sustitución de elementos (líneas por puntos, círculos por puntos, etc.): puede ser producto de base orgánica, aunque puede ser referencia de inestabilidad emocional.

Bibliografía

Alonso, A, E. Cairo., R. Rojas. Psicodiagnóstico, Selección de Lectura, Editorial Félix Varela, La Habana, 2003

Anastasi, A.: Tests Psicológicos, Edición Revolucionaria, La Habana, 1970.

Bender Laureta. Test Guestáltico Vasomotor, Biblioteca de Psicometría, Editorial Piados, Buenos Aires, 1955.

Bernstein, A.: Los tests, grupos y figuras de puntos. Estandarización por W.L: Risso, Ed. Paidos, 1989.

Colectivo de autores: Psicodiagnóstico, selección de lecturas, Ed. Félix varela, La Habana, 2003.

Crespo, R. H.: Instrucciones y normas por el test de tachado de letras, No.

Méndez Acosta, L.A.: Manual de Raven, editado para el curso de psicodiagnóstico de la carrera de psicología de la U.H.,s.a.

Toulose, E.,H. Riveron: Prueba perceptiva y de atención, Tca ediciones, Madrid, 1986.

Zazzó Rene. Manual para el examen psicológico del niño, Editorial Ciencia y Técnica, La Habana, 1970.

PARTE III

Instrumentos de Evaluación psicológica en el estudio de características de la personalidad

Capítulo 9

Instrumentos para el estudio de la personalidad

9.1. Introducción

La personalidad, igual que la inteligencia, es un contructo teórico inferido a partir de la observación de la conducta. Es un término del cual existen muchas definiciones y por tanto se deduce que se trata de un asunto muy complejo y abordado desde diferentes perspectivas, sobre las cuales los investigadores aún no se han puesto de acuerdo, esto ha dado lugar a la existencia de un número considerable de instrumentos que intentan medir la personalidad desde diferentes criterios teóricos, y son muchos los instrumentos que existen, pero sólo estudiaremos los de mayor uso e importancia en nuestro medio.

El más antiguo de los intentos de evaluar la personalidad, utilizando instrumentos de papel y lápiz, es la "Hoja de Datos Personales" de Woodworth, 1917; esta prueba se construyó con el objetivo de despistar a los soldados norteamericanos que tenían riesgo de presentar crisis neurótica y no era conveniente su envío para la Guerra. En la Hoja de Datos Personales se formulan las preguntas siguiendo *un criterio racional*, es decir, se utiliza preguntas para obtener información de las conductas que están relacionadas con la neurosis de modo muy directo; este estilo ha sido superado, pues resulta vulnerable y poco confiable.

El estilo en la construcción de instrumentos de medida para el estudio de la personalidad se fue complicando con el tiempo, lo cual está en relación con los diferentes criterios de cómo medirla. Algunos test son elaborados partiendo de *criterios empíricos* como es el caso del MMPI: primero se reúne un numero extenso de preguntas, en el segundo paso se eligen unos grupos criterio en donde se supone existe una cierta cualidad característica de forma "dominante" en determinados grupos como puede ser en grupos de deprimidos, de esquizofrénicos, etc.; después, se aplica el cuestionario, con las preguntas que fueron seleccionadas, a es-

tos grupos de personas, y aquellos ítems que están presentes diferencialmente en dicho grupo se toman como los adecuados para la clasificación de sujetos pertenecientes a ese grupo. Ejemplo de ello es el MMPI que se estudiará en clase, está destinado a evaluar lo patológico, por lo que resulta un instrumento útil cuando se sospecha trastornos de tipo psiquiátrico.

Otro tipo de diseño para la construcción de instrumentos de evaluación de la personalidad es desde el *criterio de las teorías factoriales* donde se entiende la personalidad formada por un conjunto de rasgo estables que determinan la conducta, por lo que se puede predecir el comportamiento futuro de la persona; ejemplo de estos instrumentos, que posibilitan la estimación de la estructura de la personalidad, son el 16 PF de Cattell y el Inventario de Personalidad de Eysenck. El 16 PF, a diferencia del MMPI, es un método para el estudio de la personalidad normal, resulta útil al psicólogo de la salud, cuando trabaja en tareas de intervención, conocer las características básicas de las personas con las cuales trabaja.

El inventario de Personalidad de Eysenck se basa en los criterios de la teoría factorial pero además incorpora *criterios constitucionales y temperamentales* en la prueba; pone así de manifiesto, desde el mismo test, la aceptación de la teoría de las constituciones y temperamento en la determinación de la personalidad que tiene este autor.

El MMPI, 16PF y el Inventario de Personalidad de Eysenck se encuentran entre las pruebas objetivas de mayor uso en el mundo, dada la tendencia a valorar la objetividad de los tests mediante la psicometría. Este tipo de instrumentos presenta problemas y limitaciones como son: la deseabilidad social de las distintas respuesta; las respuestas al azar, en la que el sujeto sigue un patrón de respuestas no determinado por el contenido de los ítems; el disimulo o el engaño con el que el sujeto pretende falsear sus respuestas para ocultar información; y por último, el estilo de respuesta en que el sujeto escoge ser moderado o ir al extremo, o ser negativo o positivo en su manera de contestar. Por ello, los autores de este tipo de instrumentos incluyen, en la construcción de los mismos, escalas que pretenden paliar estos peligros.

El enfoque de la estructura de la personalidad desde la teoría de los rasgos que sustenta la tendencia estable del comportamiento, son teorías criticadas por autores que plantean la determinación situacional de la conducta.

Diversos criterios evaluativos de la personalidad no intentan ser tan abarcadores en su medida como lo hacen los tests anteriormente mencionados, y solo pretenden medir algunos aspectos de la misma, como ejemplos estudiaremos en este capítulo:

- los instrumentos que, bajo el *criterio de evaluación de la individualidad* consideran al yo como agente de evaluación, diferenciado de la conducta externa observable, como son los instrumentos que evalúan autoestima y auto concepto.
- Instrumentos que tienen en su base el *criterio de medir estilos de comportamientos*, como es el caso del Patrón A. Este acápite será ampliado en segundo año de la carrera, constituye un importante campo de trabajo para el psicólogo en la salud, dada la correspondencia existente entre la aparición de algunas enfermedades y los estilos de conductas que se asumen en relación con aspectos psicosociales.

Durante la aplicación de estas pruebas, se deben tener presente las recomendaciones que fueron estudiadas en el capítulo dedicado a la Aplicación de los instrumentos, y recordar que los resultados obtenidos en los tests no constituyen, por sí solos, indicadores certeros de la inteligencia o de rasgos de personalidad que tiene una persona; se dijo anteriormente que los hallazgos obtenidos en cualquier tipo de instrumento de medida psicológico se integra al proceso evaluativo y se constituyen en hipótesis que deben ser probadas.

9.2. Inventario de personalidad 16-PF de Raymont Cattell

Caracterización del Test:

Nombre de la prueba: Inventario de Personalidad 16-PF.

Formas de la prueba: La prueba tiene varias formas de presentación: Inventario de Personalidad 16 PF Forma A, B, C, D, E y F.

Autores: Raymond B. Cattell Herbert W. Eber.

Forma de administración: La prueba puede ser aplicada de forma individual o colectiva desde los 16 años de edad. La Forma A y B requiere un nivel de enseñanza media o superior. Las Formas C y D es menos exigente en cuanto al nivel educacional, y las Formas E y F están diseñadas para personas que presentan algún déficit en su formación y nivel de comprensión lectora.

En la presente exposición trataremos el 16PF Forma C.

Tiempo de aplicación: La prueba se aplica sin límite de tiempo, habitualmente la demora de un sujeto en completar el test es alrededor de 40 minutos.

Fundamentos de la prueba: La prueba se basa en los datos aportados por el análisis factorial, y sugiere que existe una estructura natural y unitaria de personalidad, donde el rasgo es la tendencia relativamente estable del comportamiento, y que pueden ser llevadas a un cuestionario y medidas en un sujeto.

Objetivos: El Inventario16 PF mide la estructura de personalidad en 16 factores y se obtiene, además, un conjunto de factores de segundo orden que complementan la estructura de personalidad que pretende describir este instrumento.

Descripción: El Cuestionario de personalidad 16 PF Forma C cuenta con 105 ítems; en cada ítem el sujeto examinado debe decidir, entre tres alternativas de respuesta posibles, aquella que se ajusta mejor en su caso particular.

En la construcción del 16 PF, Forma C y D, (de uso muy frecuente en selección de personal) y dado que los cuestionarios son instrumentos susceptibles de deformación e intencionado falseamiento, se ha tenido en cuenta minimizar esa posible distorsión mediante una escala que se conoce como MD (Distorsión Motivacional).

Con el objetivo de proteger el resultado del test, frente a esa posible distorsión, siempre que fue posible, se escogieron elementos que no tienen validez aparente, es decir, que no se refieren de forma obvia a un rasgo, pero que, mediante un estudio de correlación, se ha determinado que lo miden.

Además de los 16 factores primarios que mide la prueba, este cuestionario puede evaluar otras dimensiones secundarias que corresponden a rasgos más amplios obtenidos a partir de los factores primarios.

Para aumentar el valor discriminativo del 16 PF en cuanto a la ansiedad, se cuenta con el Cuestionario de ansiedad de Cattell, que permite diferenciar aspectos esencialmente patológicos de la ansiedad.

El psicólogo, cuando indica la aplicación de un 16PF, debe estar seguro que el sujeto comprende los beneficios que le reportan los resultados del cuestionario, de ese modo aumenta el nivel de cooperación en la misma.

Orientaciones al examinador: Es importante que el examinador cree un buen clima y haga ver a la persona que el cuestionario puede contribuir a su propio beneficio, si responde cada ítem con franqueza y sinceridad; decirles que para ello se les aconseja no entretenerse demasiado en cada cuestión, sino contestar de modo natural, espontáneo, sincero y rápido, con la primera respuesta que se les ocurra; y debe seguir los siguientes pasos:

1. Debe aclarar, a las personas examinadas, que en el folleto no pueden realizar marcas de ningún tipo; las respuestas se ofrecen en la hoja de respuesta.

2. Indica a los sujeto que deben llenar los datos de identificación que se les pide en la parte superior de la hoja de respuesta y da un margen de tiempo para esta tarea.
3. En la portada del folleto de trabajo aparecen las instrucciones que el sujeto debe seguir con la mirada mientras son leídas en voz alta por el examinador.
4. Debe asegurarse que el sujeto completa los ejercicios de ejemplo que aparecen en la hoja de respuesta, en el lugar y forma indicada y marcando una y sólo una respuesta en cada ítem.
5. Después, da la orden de pasar a la hoja siguiente.
6. Terminada la aplicación, procede a recoger los folletos de prueba y las hojas de respuestas, comprobando que se han anotado los datos de identificación y si se ha dado una sola respuesta por ítem.

Calificación:

- El examinador construye una clave calada para la calificación, para ello cuenta con los ítems correspondientes a cada factor (aparecen más abajo).
- Debe ser muy cuidadoso a la hora de otorgar los puntos; por ello, en la clave calada se remarca el borde, con color rojo, en las alternativas que se califican con 2 puntos, y se bordea en azul la alternativa que se califica con 1 punto (aparece en la Tabla de Puntuaciones).
- Las respuestas pueden recibir puntuaciones entre 2, 1 ó 0 puntos.
- Estos puntos se acreditan de acuerdo a las respuestas que ofrece el sujeto por cada factor, incluye la puntuación de la medida de distorsión motivacional.
- La puntuación obtenida de esta forma, corresponde a una anotación bruta, la cual se anota, por cada factor, en la tabla que aparece debajo de la hoja de respuesta, en la columna AB (Anotación Bruta).
- Seguidamente, en la columna AP (Anotación Ponderada), se transforma la anotación bruta en stens.
- La puntuación bruta de la Medida de Distorsión (MD) se transforma en stens en la Tabla de Medida de Distorsión Motivacional.
- Las puntuaciones brutas de cada factor se llevan a stens teniendo en cuenta el sexo de la persona examinada, si es mujer se realiza la transformación en la Tabla de Mujeres, y si es varón en la Tabla de Hombres. El valor stens es el valor que converge en la tabla entre la letra del factor y AB.
- Según el autor de la prueba, los resultados ponderados de la Escala MD del Inventario 16-PF deben analizarse en tres niveles: los valores iguales a 7 (Distorsión Baja), los que están entre 8 y 9

(Distorsión Media) y los que arrojan 10 o más puntos (Distorsión Alta). La finalidad de esta consideración es introducir los cambios o correcciones correspondientes, en las puntuaciones ponderadas, de aquellos factores que el autor indica como más relacionados con la distorsión, o sea, los más probables de estar participando en la presentación de una imagen de sí mismo, más acorde con las convenciones sociales y culturales del entorno del sujeto, o que éste muestra en un nivel o en una manera que oculta sus verdaderas características de personalidad; conductas que, generalmente, no son conscientes en éste y que pueden vincularse con el denominado "Efecto de Halo". Analicemos los tres casos:

1. Cuando la dm es de 7 puntos (valores ponderados):
   a) Se suma 1 punto a los valores obtenidos en los factores O y Q4.
   b) Se resta 1 punto a los valores obtenidos en los factores C, H y Q3.
2. Cuando la dm es de 8 o 9 puntos (valores ponderados):
   a) Se suman 2 puntos a los valores obtenidos en L, O y Q4.
   b) Se resta 1 punto a los valores obtenidos en A, C, G, H y Q3.
3. Cuando la dm es de 10 o mas puntos (valores ponderados):
   a) Se suman 2 puntos a los valores obtenidos en O y Q4 y se suma 1 punto a los valores de L y Q2.
   b) Se restan 2 puntos a los valores obtenidos en C y Q3 y se resta 1 punto a los valores de A, G y H

- Después de realizadas las correcciones en los valores ponderados de los factores correspondientes, se confecciona el perfil con los valores stens obtenidos. (Este perfil es usado para hombres y mujeres, pues las anotaciones ponderadas con las cuales se confecciona, son previamente obtenidas en tablas atendiendo al sexo; tiene la ventaja de usar un único modelo de perfil). Se muestra, además, otro tipo de perfil, donde se trabaja con la anotación bruta, y en el propio perfil se realiza la conversión a stens; en este caso, se necesitan dos perfiles, uno para hombre y otro para mujer; esto resulta una desventaja.

Cuando la MD sea alta, habrá que dudar de todo el perfil de factores obtenido, particularmente en los factores que implican a la ansiedad y la extraversión. Según el autor, éstos son fenómenos esenciales del equilibrio psíquico y de la salud mental en la persona, porque el sujeto distorsionador tiende a disminuir, en la imagen de sí que muestra ante la prueba, a la primera (ansiedad) y a aumentar, a la vez, los valores de la segunda (extraversión) buscando entonces acercarse a la siguiente relación:

A +, C +, G +, H +, Q3 +, y L -, O -, Q2 -, Q4 -

Tabla 9.1. de puntuaciones.
Las puntuaciones 2, 1 ó 0 puntos, se asignan por ítemes y alternativas de respuesta de la siguiente forma:

Item	A	B	C	Item	A	B	C	Item	A	B	C	Item	A	B	C	Item	A	B	C
1	2	1		22		1	2	43		1	2	64	2	1		85		1	2
2		1	2	23	2	1		44		1	2	65		1	2	86		1	2
3		1		24		1	2	45	2	1		66		2		87		1	
4	2	1		25		1	2	46		1		67		1	2	88			
5		1	2	26		1		47		1	2	68	2	1		89		1	2
6		1	2	27		1	2	48		1	2	69		1	2	90	2	1	
7	2	1		28		1	2	49	2			70		1		91		1	2
8	2	1		29	2	1		50	2	1		71				92		1	2
9	2	1		30	2	1		51		1	2	72		1	2	93		1	2
10	2	1		31	2	1		52	2	1		73		1	2	94		1	2
11		1	2	32		1	2	53		1		74		1		95	2	1	
12		1	2	33	2	1		54				75		1		96		1	2
13		1	2	34		1	2	55	2			76	2	1		97		1	2
14	2	1		35		1	2	56			2	77		1	2	98	2	1	
15	2	1		36		1		57	2	1		78	2	1		99		2	
16	2	1		37		1		58		1	2	79	2	1		100		1	2
17	2	1		38		1	2	59	2	1		80		1	2	101		1	2
18		1	2	39	2	1		60	2	1		81		1	2	102	2	1	
19		1		40			2	61		1	2	82			2	103		1	2
20				41	2	1		62	2	1		83		1	2	104			
21	2	1		42		1	2	63		1		84		1	2	105		1	

Ítems correspondientes a cada factor:

La medida de distorsión motivacional (MD) se obtiene mediante la calificación bruta de los ítems: 1, 18, 35, 52, 69, 86, 103.

Factor A	2, 19, 36, 53, 70, 87, 104.
Factor B	3, 20, 37, 54, 71, 88, 105.
Factor C	4, 21, 38, 55, 72, 89.
Factor E	5, 22, 39, 56, 73, 90.
Factor F	6, 23, 40, 57, 74, 91.
Factor G	7, 24, 41, 58, 75, 92.
Factor H	8, 25, 42, 59, 76, 93.
Factor I	9, 26, 43, 60, 77, 94.
Factor L	10, 27, 44, 61, 78, 95.
Factor M	11, 28, 45, 62, 79, 96.
Factor N	12, 29, 46, 63, 80, 97.
Factor O	13, 30, 47, 64, 81, 98.
Factor Q1	14, 31, 48, 65, 82, 99.
Factor Q2	15, 32, 49, 66, 83, 100.
Factor Q3	16, 33, 50, 67, 84, 101.
Factor Q4	17, 34, 51, 68, 85, 102

Tabla 9.2 de la medida de distorsión motivacional

16 P.F.	M.D. Anotación bruta
0 - 5	No distorsión
6 - 8	Poca distorsión
9 -11	Alguna distorsión
12 -14	Distorsión. No confiar en los resultados. Imagen falsa

Tabla 9.3. 16 PF forma C mujeres

AB	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4	AB
0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
1	1	2	1	3	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1
2	1	3	1	4	1	1	1	3	3	2	3	3	3	1	1	3	2
3	1	4	2	5	2	2	2	4	4	3	4	4	4	1	2	4	3
4	2	5	3	5	3	3	3	4	5	4	5	5	4	1	2	5	4
5	3	5	4	6	4	4	4	5	6	5	6	6	5	2	3	5	5
6	4	6	5	7	4	5	4	6	7	6	7	7	6	4	4	6	7
7	5	7	5	8	5	5	5	6	8	7	8	8	7	5	5	7	7
8	6	8	6	9	6	6	6	7	9	8	8	8	8	6	6	8	8
9	7	9	7	9	7	7	7	8	9	9	9	9	9	7	7	9	9
10	8	10	8	10	8	8	8	9	10	10	10	10	10	8	8	10	10
11	9	10	9	10	9	9	9	10	10	10	10	10	10	8	8	10	11
12	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	12
AB	**A**	**B**	**C**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**	**L**	**M**	**N**	**O**	**Q1**	**Q2**	**Q3**	**Q4**	**AB**

Tabla 9.4. 16PF forma C hombres

AB	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4	AB
0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
1	1	2	1	3	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1
2	1	3	1	4	1	1	1	3	3	2	3	3	3	1	1	3	2
3	1	4	2	5	2	2	2	4	4	3	4	4	4	1	2	4	3
4	2	5	3	5	3	3	3	4	5	4	5	5	4	1	2	5	4
5	3	5	4	6	4	4	4	5	6	5	6	6	5	2	3	5	5
6	4	6	5	7	4	5	4	6	7	6	7	7	6	4	4	6	7
7	5	7	5	8	5	5	5	6	8	7	8	8	7	5	5	7	7
8	6	8	6	9	6	6	6	7	9	8	8	8	8	6	6	8	8
9	7	9	7	9	7	7	7	8	9	9	9	9	9	7	7	9	9
10	8	10	8	10	8	8	8	9	10	10	10	10	10	8	8	10	10
11	9	10	9	10	9	9	9	10	10	10	10	10	10	8	8	10	11
12	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	12
AB	**A**	**B**	**C**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**	**L**	**M**	**N**	**O**	**Q1**	**Q2**	**Q3**	**Q4**	**AB**

HOJA DE RESPUESTA 16 PF

NOMBRE_____ EDAD: ____FECHA: _____
En la siguiente tabla escriba en el número que corresponde el inciso que usted seleccionó. (a, b, c)

Item	A	B	C	Item	A	B	C	Item	A	B	C	Item	A	B	C	Item	A	B	C
1					22				43				64				85		
2					23				44				65				86		
3					24				45				66				87		
4					25				46				67				88		
5					26				47				68				89		
6					27				48				69				90		
7					28				49				70				91		
8					29				50				71				92		
9					30				51				72				93		
10					31				52				73				94		
11					32				53				74				95		
12					33				54				75				96		
13					34				55				76				97		
14					35				56				77				98		
15					36				57				78				99		
16					37				58				79				100		
17					38				59				80				101		
18					39				60				81				102		
19					40				61				82				103		
20					41				62				83				104		
21					42				63				84				105		

FACTOR	A B	A P	FACTOR	A B	A P
M D					
A			L		
B			M		
C			N		
E			O		
F			Q1		
G			Q2		
H			Q3		
I			Q4		

P.F. HOJA DE PERFIL FORMA C

Nombre----------Edad----------Sexo----------

Factor	Descripcion de la puntuacion baja	Anotaciones en sten 1	2	3	4	Promedio	6	7	8	9	10	Descripción de la puntuacion alta
A	Reservado, esquivo, critico, frío.	-	-	-	-	A	-	-	-	-		Comunicativo, vehemente cooperador
B	Pensamiento concreto, menos inteligente.	-	-	-	-	B	-	-	-	-		Pensamiento abstracto, más inteligente.
C	Emotivo, poca estabilidad, emocional, voluble.	-	-	-	-	C	-	-	-	-		Sereno, emocionalmente estable, realista, maduro.
E	Sumiso, completamente dócil, conformista.	-	-	-	-	D	-	-	-	-		Dominante, agresivo, testarudo, oposicionista.
F	Prudente, sobrio, taciturno, moderado.	-	-	-	-	F	-	-	-	-		Impulsivo, Alegre, vivaracho, entusiasta.
G	Despreocupado, indisciplinados, irresponsables.	-	-	-	-	G	-	-	-	-		Juicioso, perseverante con sentido del deber.
H	Tímido, cohibido, timorato.	-	-	-	-	H	-	-	-	-		Sociable, aventurero, desinhibido, espontáneo.
I	Rudo, confiado en sí mismo, realista, sensato.	-	-	-	-	I	-	-	-	-		Sensible, dependiente, sobreprotegido, tierno.
L	Confiado, adaptable, no celoso, Camaraderil.	-	-	-	-	L	-	-	-	-		Desconfiado, porfiado, difícil de engañar, suspicaz.
M	Práctico, cuidadoso, convencional, positivista.	-	-	-	-	M	-	-	-	-		Imaginativo, soñador, poco práctico, bohemio

Continuación: P.F. HOJA DE PERFIL FORMA C

Factor	Descripcion de la puntuacion baja	Anotaciones en sten 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Promedio	Descripcion de la puntuacion alta
N	Franco, natural, sencillo, modesto.	- - - - N - - - -	Perspicaz, astuto, calculador, mundano.
O	Seguro de sí, confiado, sereno.	- - - - O - - - -	Inseguro, aprensivo, autocensurado, angustiado.
Q1	Conservador, respetuoso y tolerante con las tradiciones.	- - - - Q1 - - - -	Liberal, analítico, librepensador.
Q2	Dependiente del grupo, seguidor fiel.	- - - - Q2 - - - -	Suficiente, autónomo.
Q3	Descontrolado, sigue las propias tendencias, poco convencional.	- - - - Q3 - - - -	Controlado, socialmente prudente, sigue la auto-imagen.
Q4	Relajado, tranquilo, realizado.	- - - - Q4 - - - -	Tenso, frustrado, agobiado

Tabla 9.5. Norma y perfil masculino del 16-pf, forma C
Para la población cubana

Esta norma está basada en 562 casos cuyas edades fluctúan entre los 15 y 80 años y promedian 34 años de edad.

	STEN	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	STEN	
		Puntuación bruta												
MD	MD	3	4	5-6	7	8	MD	9	10-11	12	13	14	MD	MD
A	Reservado	0-2	3-4	5	6	7	A	8	9	10	11	12	Comunicativo	A
B	Pensamiento Concreto	0	1	2	3	-	B	4	5	6	7	8	Pensamiento Abstracto	B
C	Emotivo	0-2	3	4-5	6	7	C	8	9	10	11	12	Sereno	C
E	Sumiso	0	1	2	3	4-5	E	6	7	8	9-10	11-12	Dominante	D
F	Prudente	0-2	3	4	5-6	7	F	8-9	10	11	-	12	Impulsivo	F
G	Despreocupado	0-2	3	4	5	6	G	7	8	9-10	11	12	Juicioso	G
H	Timido	0-2	3	4-5	6	7	H	8	9-10	11	-	12	Sociable	H
I	Rudo	0	1	2	3	4	I	5	6	7	8	9-12	Sensible	I
L	Confiado	0-1	2	-	3	4	L	5	6	7	8	9-12	Desconfiado	L
M	Practico	0-1	2	3	4	5	M	6	7	8	9	10-12	Soñador	M
N	Franco	0-1	2	3	4	5	N	6	7	8	9	10-12	Calculador	N
O	Seguro	0	1	2	3	4	O	5	6	7	8	9-12	Inseguro	O
Q1	Conservador	0	1	2-3	4	5	Q1	6	7	8	9-10	10-12	Libre Pensador	Q1
Q2	Dependiente del Grupo	0-4	5	6	7	8	Q2	9	-	10	11	12	Autosuficiente	Q2
Q3	Descontrolado	0-3	4	5	6-7	8	Q3	9	10	11	-	12	Controlado	Q3
Q4	Relajado	0	1	2	3	4	Q4	5	6-7	8	9	10-12	Tenso Frustrado	Q4

Tabla 9.6. Norma y perfil femenino del 16-pf, forma C Para la poblacion cubana
Esta norma está basada en 416 casos cuyas edades fluctúan entre los 15 y 80 años y promedian 36 años de edad.

	STEN	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	STEN	
							Puntuación bruta							
MD	MD	3	4	5-6	7	8	MD	9	10-11	12	13	14	MD	MD
A	Reservado	0-2	3-4	5	6	7	A	8	9	10	11	12	Comunicativo	A
B	Pensamiento Concreto	0	-	1	2	3	B	4	5	6	7	8	Pensamiento Abstracto	B
C	Emotivo	0-2	3	4	5	6	C	7-8	90	101	112	12	Sereno	C
E	Sumiso	0	-	1	2	3	E	4	5	6	7	8-12	Dominante	D
F	Prudente	0-1	2	3-4	5	F	7	8-9	10	11	12		Impulsivo	F
G	Despreocupado	0-3	4	5	6	7	G	8	9	10	11	12	Juicioso	G
H	Tímido	0-2	3	4-5	-	6	H	7	8	9	10-11	12	Sociable	H
I	Rudo	0-3	4	5	6	7	I	8	9	10	11	12	Sensible	I
L	Confiado	0	1	2	3	4	L	5	6	7	8-9	10-12	Desconfiado	L
M	Practico	0-1	2	3	4	5	M	6	7	8	9	10-12	Soñador	M
N	Franco	0	1	2	3	4	N	5	6	7	8-9	10-12	Calculador	N
O	Seguro	0-1	2	3	4	5	O	6	7	8	9	10-12	Inseguro	O
Q1	Conservador	0	1	2	3	4	Q1	5	6	7-8	9	10-12	Libre pensador	Q1
Q2	Dependiente del Grupo	0-4	5	-	6	7	Q2	8	9	10	11	12	Autosuficiente	Q2
Q3	Descontrolado	0-2	3	4-5	6	7	Q3	8	9	10	11	12	Controlado	Q3
Q4	Relajado	0-1	2	3	4	5	Q4	6	7-8	9	10	11-12	Tenso frustrado	Q4

- Posterior a la confección del perfil se continúa la calificación del 16 PF, en esta oportunidad se realiza el cálculo de los Factores de Segundo Orden.
  Estos Factores son:
  - Factor QI "Adaptación - Ansiedad"
  - Factor QII "Introversión - Extraversión"
  - Factor QIII "Emotividad - Dinamismo"
  - Factor IV "Sumisión - Independencia"
  - Neuroticismo
- Los Factores de Segundo Orden se obtienen siguiendo las siguientes fórmulas:

FACTOR QI "Adaptación - Ansiedad"
Fórmula: A1- A2 + 34 = X X /10= y (FACTOR QI)
A1= 2L + 3O + 4Q4
A2= 2C + 2H + 2Q3

FACTOR QII "Introversión - Extraversión"
Fórmula = A1 - A2 - 11 = X X /10= y (FACTOR QII)

A1= 2A + 3E + 4F + 5H
A2 = 2Q2

FACTOR QIII "Emotividad - Dinamismo"
Fórmula = A1 - A2 + 69 = X X /10= y (FACTOR QIII)
A1= 2C + 2E + 2F + 2N
A2= 4A + 6I + 2M

FACTOR QIV "Sumisión Independencia"
Fórmula = A1 - A2 - 4 = X X /10= y (FACTOR QIV)
A1= 4E + 3M + 4Q2 + 4Q1
A2= 3A + 2G

NEUROTICISMO
Fórmula = A2 - A1 + 6.27 = y (NEUROTICISMO)
A1= B + C + H + F+ G
A2= M + I + O + Q1 + Q4

Instrucciones

Las preguntas de este folleto le dan la oportunidad de expresar como es Ud., cuáles son sus gustos, sus intereses, sus actividades. Como cada persona es diferente, en realidad no hay respuestas "correctas" o "incorrectas", sino solo que son verdaderas o falsas en su caso.

A continuación encontrará dos preguntas que sirven de ejemplo para que usted vea exactamente cómo proceder. Debajo de cada una de estas preguntas, se ofrecen tres respuestas posibles para que usted escoja una. Aunque las preguntas deben leerse en este folleto, las respuestas se marcan **únicamente en la Hoja de Respuestas** al lado del número que corresponde a la pregunta. Busque en la parte superior izquierda de su Hoja de Respuestas donde dice EJEMPLOS para marcar su respuesta.

Lea ahora los ejemplos y marque con una X la respuesta a), b), o c) seleccionada en la Hoja de Respuestas.

Ejemplos:

1. Me resulta difícil despertarme rápidamente por las mañanas.
   a) Cierto b) Dudoso c) Falso
2. Prefiero pasar una noche:
   a) Oyendo buena música.
   b) Dudoso.
   c) Leyendo una novela interesante.

Dentro aparecen otras preguntas como éstas. Cuando se le avise comience con la número 1 y continúe en orden, leyendo las preguntas del folleto y marcando sus respuestas para cada una en la Hoja de Respuestas.

Al responder recuerde estas cuatro indicaciones:

1. Responda tan sinceramente como le sea posible, ya que no existe ventaja alguna para usted en dar una impresión diferente. No dé una respuesta falsa porque crea que eso es "lo que debe decirse".
2. Aunque no hay tiempo límite para responder este cuestionario, quisiéramos que lo hiciera lo más rápidamente posible. No se demore reflexionando, marque la primera respuesta que se le ocurra, natural y espontáneamente. Algunas preguntas se parecen un poco, pero no hay dos que sean iguales y las respuestas pueden incluso ser distintas en unas y otras.
3. Use la respuesta del medio ("dudoso", "algunas veces"), sólo cuando sea absolutamente imposible inclinarse por alguna de las otras dos respuestas posibles.

4. No salte ninguna pregunta. Algunas podrán parecer que no se aplican en su caso o que no están de acuerdo con sus intereses, pero de todas formas, respóndala lo mejor que pueda. Sepa que este cuestionario es confidencial.

PLANTILLA GUIA PARA LA INTERPRETACIÓN
INVENTARIO 16-PF FORMA C DE RAYMOND CATTELL

:	NOTAS BAJAS (1-3)	Factor	NOTAS ALTAS (8-10)	*
	SIZOTIMIA: Reservado, alejado, crítico, frío, apartado, esquivo. Duro, escéptico., Gusta más de las cosas que de las personas. Trabaja en solitario. Preciso. Rígido, inflexible.	A	AFECTOTIMIA: Abierto, Afec tuoso, participativo, reposado, fácil, comunicati. vo fácil, comunicativo, vehemente, bondadoso, amable, solícito, adaptable, fácilmente forma grupos, se relaciona socialmente. Es generoso.	A*
	INTELIGENCIA BAJA: Pensamiento concreto, poca capacidad para los estudios. Lento para aprender y captar las cosas, interpreta literalmente. Escasa capacidad intelectual.	B	INTELIGENCIA ALTA: Pensamiento abstracto, brillante. Mucha capacidad para los estudios. Rápido para comprender y aprender ideas. Existe alguna relación con el nivel cultural y con la viveza mental.	
C:	POCA FUERZA DEL EGO: Afectado por los sentimientos, poco estable emocionalmente, turbable, emotivo, voluble, hipersensible. Poca tolerancia a la frustración. Evaden llamado de la realidad. Evade necesidades.	C	MUCHA FUERZA DEL EGO: Emocionalmente estable, tranquilo, maduro, afronta la realidad, realista, calmado, equilibrado, tranquilo, con firmeza interior, capaz de mantener sólida moral grupal (YO FUERTE).	
	SUMISIÓN: Débil, auto acomodaticio, conformista, dócil, humilde, complaciente, dulce, a veces dependiente, acepta las ideas de los otros, se muestra ansioso por la exactitud obsesiva. Pasividad propia de los neuróticos.	E	DOMINANTE: Independiente, agresivo, competitivo, obstinado, carácter firme, testarudo, autoritario, dogmatico. Seguro de sí mismo. De mentalidad independiente austero, hostil, hace caso omiso a toda autoridad.	
	DESURGENCIA: Sobrio, prudente, serio, taciturno moderado, encerrado, introspectivo, reticente, reprimido, a veces terco, pesimista, demasiado cauto. Los demás lo ven presumido, estirado, correcto, digno de confianza.	F	SURGENCIA: Descuidado, animado e impulsivo, entusiasta, confiado a la buena ventura. Alegre, vivaracho, jovial, activo, conversador, franco, expresivo, acalorado y descuidado. Se le elige Líder. Puede ser impulsivo.	
G:	POCA FUERZA DEL SUPEREGO: Despreocupado, evita las normas, acepta pocas obligaciones. Indiferente, oportunista, indisciplinado, irresponsable, inestable, en sus propósitos, no atiende bien compromisos.	G	MUCHA FUERZA DEL SUPEREGO: Escrupuloso, consciente, perseverante, sensato, sujeto a las normas, concienzudo, con sentido del deber, juicioso afectado. Exigente, organizado, no malgasta su tiempo. Moralista.	G*

:	NOTAS BAJAS (1-3) *	Factor	NOTAS ALTAS (8-10)	
H:	TRECTIA: Cohibido, reprimido, tímido, falto de con-fianza en sí mismo, timorato, desconfiado, cauteloso, marginado de la actividad social, puede presentar sentimientos de inferioridad. Lento y torpe al hablar.	H	PARMIA: Emprendedor, socialmente atrevido, espontáneo, no inhibido, sociable. Aventurero. Da numerosas respuestas emocionales. Tiende a estar activamente interesado por el otro sexo.	H*
	HARRIA: Sensibilidad dura. Confiado en sí mismo, realista, seguro de sí, sensato. Práctico, varonil. Independiente, responsable, a veces duro, cínico, tiene al grupo trabajando con realismo y sentido práctico.	I	PRENSIA: Sensibilidad blanda. Dependiente, sobreprotegido, impresionable, tierno, sensitivo, idealista, soñador, artista, femenino. A veces solicita ayuda y atención de los otros. Impaciente. Poco práctico	I*
	ALAXIA: Confiable, adaptable, no afectado por celos o envidia, de trato fácil cooperativo, fácil de llevar, no competitivo, animoso, interesado por los demás, buen colaborador del grupo.	L	PROTENSION: Suspicaz, engreído, difícil de engañar. Desconfiado. Suele ser ambiguo, se complica con su propio yo, le gusta opinar de sí. Se interesa por la vida mental íntima. Actúa con premeditación.	L*
M:	PRAXERNIA: Práctico, cuidadoso, convencional, regulado por realidades externas, formal, correcto, suele mostrarse ansioso por hacer las cosas bien, atento a los problemas prácticos y a lo que es evidente posible.	M	AUTIA: Imaginativo, centrado en necesidades íntimas, abstraído, despreocupado de los asuntos prácticos, imaginativo y bohemio, soñador, poco convencional, motivado por sí mismo, creador.	
	SENCILEZ: Franco, natural, sencillo, sentimental, llano, poco sofisticado, ingenuo, directo, se le satisface fácilmente y se contenta con lo que acontece, es natural y espontáneo, poco refinado y torpe.	N	ASTUCIA: Astuto, mundano, calculador, perspicaz. Sutil, lúcido, previsor. Puede ser "cabeza dura". Su enfoque es intelectual y poco sentimental, aproximándose a las situaciones de manera casi cínica.	
O:	ADECUACION IMPERTURBABLE: Apacible, seguro de sí, sereno, calmado, confiado, plácido, de ánimo invariable, con capacidad para tratar cosas con madurez y sin ansiedad. Aunque flexible y seguro.	O	TENDENCIA A LA CULPABILIDAD: Aprehensivo y preocupado, depresivo, turbable, ansioso, autocensurado, con presagios e ideas largamente gestadas, ante dificultades se presenta infantil y ansioso.	O*

:	NOTAS BAJAS (1-3)	Factor	NOTAS ALTAS (8-10)	
Q1:	CONSERVADURISMO: Conservador, respetuoso de las ideas establecidas, tolerante a los defectos tradicionales, confía en lo que le enseñaron a creer, acepta lo "conocido y verdadero" a pesar de sus inconsistencias,	Q1	RADICALISMO: Analítico, crítico, liberal, experimental, de ideas libres y pensamiento abierto, librepensador. Se interesa por cuestiones intelectuales y duda de los principios fundamentales. Escéptico.	Q1*
Q2:	ADHESION AL GRUPO: Dependiente, buen compañero, de fácil unión al grupo, es su seguidor fiel. Prefiere trabajar y tomar decisiones en grupo. Le gusta y depende de la aprobación social. Sigue directivas del grupo.	Q2	AUTOSUFICIENCIA: Autosuficiente, prefiere sus propias decisiones. Lleno de recursos. Independiente, acostumbra a seguir su propio camino, toma sus decisiones y actúa por su cuenta.	
Q3:	BAJA INTEGRACION: Autoconflictivo, despreocupado de protocolos, orientado por sus propias necesidades, no se preocupa por aceptar ni ceñirse a las experiencias ni exigencias sociales. Descontrolado	Q3	MUCHO CONTROL DE SU AUTOIMAGEN: Controlado socialmente adaptado, llevado por su propia imagen Prudente en asuntos sociales. Con amor propio. Mucho control de sus emociones y su conducta.	
	POCA TENSIÓN ERGICA: Relajado, tranquilo, aletargado, no frustrado. Débil, flojo, calmado, sosegado, satisfecho, pudiera llegar a la pereza y al bajo rendimiento cuando le falta motivación	Q4	MUCHA TENSION ERGICA: Tenso, frustrado, presionado, sobre exitado,aplastado por los acontecimientos. Agobiado, irritable, impaciente, intranquilo. Aunque esté fatigado, es incapaz de permanecer inactivo.	Q4*

FACTORES DE SEGUNDO ORDEN

ANSIEDAD BAJA: Ajuste. Encuentra la vida gratificante. Realiza lo que cree importante. En el extremo bajo indica desmotivación ante tareas difíciles	QI	ANSIEDAD ALTA: Lleno de ansiedad en su sentido corriente. No necesariamente neurótico, la ansiedad puede ser ocasional. Puede presentar desajustes, como estar insatisfecho con su posibilidad de responder a las urgencias de la vida,	QI*

:	NOTAS BAJAS (1-3)	Factor	NOTAS ALTAS (8-10)
	INTROVERSION: Puntuación baja tiende a ser reservado, autosuficiente e inhibido en contactos personales desfavoreciéndole según la situación en que tiene que actuar.	QII	EXTRAVERSION: Socialmente desenvuelto, no inhibido. Capacidad para los contactos personales mantenidos. No es buen predictor del rendimiento escolar.
QIII:	POCA SOCIALIZACION CONTROLADA. Acepta pocas obligaciones. Despreocupado por normas, se orienta por las suyas y actúa de manera personal. Animado, impulsivo.	QIII	MUCHA SOCIALIZACION CONTROLADA: Escrupuloso, responsable, organizado, sigue con control a la vez, el ego psicoanalítico y el yo social ideal (astuto, mundano, perspicaz). QIII*
	DEPENDENCIA: Dependiente, pasivo, conducido por el grupo. Probablemente desee y necesite el apoyo de los demás y oriente su conducta hacia quienes le proporcionan ese soporte.	QIV	INDEPENDENCIA: Agresivo, independiente, atrevido, emprendedor, mordaz. Buscará situaciones en que probablemente se premie o tolere su conducta. Muestra muchas iniciativas.

A* Gusta de ocupaciones que exijan contactos. Es poco temeroso de las críticas y bastante capaz de recordar el nombre de las personas.

C: Neuróticamente cansado, displicente, de emoción y turbación fácil, activo cuando se encuentra satisfecho. Presenta síntomas neuróticos como fobias, alteraciones del sueño, quejas psicosomáticas y otros. Estas puntuaciones son comunes a casi todas las formas de alteraciones neuróticas y algunas psicóticas.

G: Se manifiesta alejado de las normas y puede cometer actos antisociales.

G* Prefiere relacionarse con personas laboriosas y trabajadoras. Debe ser distinguido del "Yo Social" de Q3.

H: Rehuye las ocupaciones que impliquen contactos interpersonales. Más que un grupo amplio, prefiere a una o dos personas como amigos íntimos y no es dado a mantenerse en contacto con todo lo que está ocurriendo a su alrededor.

H* Su indiferencia y falta de vergüenza le permiten soportar sin fatiga el "toma y daca" del trato con la gente y las situaciones emocionales abrumadoras. Sin embargo, puede preocuparse de los detalles e invertir mucho tiempo charlando. Tiende a ser emprendedor.

I* Le disgustan los "tipos duros". Suele frenar la acción del grupo y turbar su moral con actividades inútiles e idealistas.

L* A veces colabora mal. Este factor no es necesariamente "Paranoia"; de hecho, los datos de los esquizofrénicos paranoicos no son tan claros como cabría esperar a partir del Factor L.

M: Es detallista, capaz de actuar con serenidad en los momentos de emergencias. A veces un poco imaginativo.

M* Preocupado por lo "esencial" y despreocupado de las personas particulares y de la realidad física. Sus intereses, dirigidos a su intimidad, le llevan a veces a situaciones irreales, con explosiones expresivas. Su individualidad le empuja a verse excluido de las actividades del grupo.

O: Puede mostrarse insensible cuando el grupo no va de acuerdo con él, lo cual puede provocar antipatías y recelos.

O* En los grupos no se siente aceptado, ni con suficiente libertad para actuar. Una puntuación alta es corriente en los grupos clínicos de todo tipo.

Q1: Aunque se le presente algo mejor o que pudiera serlo. Es precavido y puntilloso con lo nuevo. Tiende a posponer u oponerse a los cambios, a seguir la línea tradicional, a ser conservador en religión y política. También a despreocuparse de las ideas analíticas y a las "intelectuales".

Q1* De espíritu inquisitivo en las ideas, sean tradicionales o nuevas. Suele estar bien informado, poco inclinado a moralizar y más a preguntarse por la vida en general y a ser más tolerante con las molestias y el cambio

Q2: Sigue las normas y decisiones del grupo, incluso mostrando falta de decisiones personales. No es necesariamente gregario por decisión propia, sino que necesita del apoyo del grupo.

Q2* No toma en consideración la opinión del grupo, aunque no es necesariamente dominante en sus relaciones con los demás. (Véase el Factor E). No le disgusta la gente, simplemente no necesita de su asentimiento y apoyo

Q3: No es excesivamente desconsiderado, cuidadoso o esmerado. Puede sentirse desajustado y muchas de sus desadaptaciones (especialmente las afectivas, pero no las paranoicas) puntúan en esta dirección de la variable. No se ciñe a los convencionalismos. De carácter incontrolable: débil interacción instintivo-impulsiva. Sigue sus propias tendencias.

Q3* Es cuidadoso en general, abierto a lo social. Evidencia lo que se llama comúnmente "respeto hacia sí mismo". Tiene en cuenta la reputación social, no obstante, a veces tiende a ser obstinado. LOS LIDERES EFICACES y algunos paranoicos puntúan alto en Q3.

Q4: Dentro del grupo tiene una pobre visión del grado de cohesión, del orden y del mando. Su frustración representa un exceso de impulso de estimulación no descargada.

QI* o con sus éxitos en lo que desea. En el extremo, es un índice de desorganización de la acción y de posibles alteraciones fisiológicas.

QIII: Orientado por sus necesidades personales. En ocasiones esta conducta puede ser desajustada, poco social, descuidada. Puede ser elegido LÍDER EN GRUPOS INFORMALES.

QIII* Puede mostrarse como una persona calculadora. Sus metas se encuentran dentro de la normativa social. Son personas prudentes y acomodaticias.

9.3. Inventario multifacético de la personalidad (MMPI)

Caracterización de la prueba

Nombre de la prueba: Inventario Multifacético de la Personalidad (MMPI)

Autores: Starke Hathaway y Charles McKinley

Procedencia: La prueba aparece en 1940 y la publicación oficial de su primer manual se produce en 1943.

No. de ítems: 550

Adaptación Cubana: Carmen Barroso, Miguel A. Álvarez y Rafael Alvisa. Psicólogos del Instituto Nacional de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas. La adaptación del test para la población cubana consta de 356 ítems.

Aplicación: La prueba puede ser aplicada de forma individual o colectiva, a sujetos mayores de 16 años de edad y con no menos de 6to. Grado de escolaridad.

Tiempo de aplicación: No tiene tiempo límite de aplicación. La demora habitual de una persona en completar el test oscila alrededor de 1 hora

Material de la prueba: Folleto y una hoja de respuesta para el sujeto trabajar. El examinador posee varias claves para la calificación, una para cada una de las escalas, una de las escalas posee clave de calificación por sexo y un modelo de perfil, también por sexo, donde queda registrado la disposición de las calificaciones obtenidas por escala.

Objetivo: El objetivo de la prueba es valorar aquellos rasgos que son comúnmente característicos de la anormalidad psicológica.

Instrucciones al examinador: Entrega la hoja de respuesta al sujeto y le orienta que escriba en ella sus datos personales, dando un margen de tiempo para efectuar dicha operación. Después, entrega el folleto y aclara que sobre este folleto no puede realizar marca alguna, y orienta que no lo abran hasta que se les indique que lo hagan. A continuación lee la consigna en voz alta, en tanto los sujetos siguen con la vista dichas instrucciones en sus respectivos folletos. Posteriormente, se les recuerda que no pueden realizar marcas en este folleto. El examinador debe instruir al sujeto para que clasifique los ítems, de acuerdo a su realidad personal, en tres grupos: Ciertas, falsas y no sé (para aquellas situaciones en que no puede precisar una respuesta). El examinador no debe mostrar interés en las respuestas que ofrece el sujeto para no despertar recelos u otro tipo de situación que entorpezca la ejecución de la perso-

na, aunque debe efectuar observación sistemática de la conducta del examinado.

Calificación:

- Para ello se dispone de claves para calificar cada una de las escalas clínicas y escalas de validez que contiene la prueba, y confeccionar el Perfil de salida de toda la información que ofrece la misma.
- Las claves de calificación deben confeccionarse siguiendo los ítems que corresponden a cada una de las escalas.
- El perfil de salida presenta ajustes de acuerdo al sexo de la persona evaluada, por lo que existe un perfil femenino y otro masculino.
- Las escalas de validez son: Escala ?, Escala L, Escala F, Escala K.
- Las escalas clínicas son: Hs, D, Hy, Pd, Mf, Pa, Pt, Sc, Ma, Si.
- Mediante la Clave de calificación de cada escala se otorga un punto a las respuestas que aparecen marcadas, y de ese modo se obtiene el puntaje bruto de calificación para las respectivas escalas.
- En el perfil, en el espacio comprendido para el Puntaje de cada escala, se coloca la anotación bruta obtenida mediante estas claves. En algunas escalas como son: Hs, Pd, Pt, Sc, Ma, se puede apreciar que debajo de la línea de Puntajes en bruto se encuentra otra línea denominada "K añadida". Para estas escalas se ha encontrado que al agregar una cantidad apropiada del factor K se aumenta la capacidad discriminatoria de dichas escalas.
- En la línea con el nombre "Puntaje con K" se coloca el resultado de la suma indicada en el perfil.
- El valor de la fracción de K (1, 0.5, 0.4, 0.2), para agregar en estas escalas se encuentra ya determinado; dicho valor K aparece en un cuadro a la derecha del perfil, bajo el nombre "Fracción de K".
- La fracción de K se busca en esta tabla a partir del valor bruto de K, es decir se busca en la columna Puntaje de 1K el valor que obtiene la Escala K, después se busca en la columna correspondiente a la Fracción de K (1, 0.5, 0.4, 0.2) que señala la escala clínica a la cual se le añade el valor, y el número convergente es el valor de K añadida a la escala clínica correspondiente.
- Para trazar el perfil se realiza una marca (x) en la columna que corresponde a cada escala según sea el valor bruto alcanzado en ellas, teniendo presente que dicha marca en las escalas con puntaje K agregado se realiza con el valor que adquiere la escala posterior a esta suma; subsiguientemente se traza una línea que una dichas marcas. El trazo del perfil para las escalas clínicas y el

trazo del perfil para las escalas de validez se realiza de modo independiente, es decir, uno para las escalas de validez (a la izquierda del perfil) y otro trazo de perfil para las escalas clínicas, comenzando por Hs.

- Se aprecia, a la derecha y a la izquierda del perfil, una numeración que corresponde a los puntajes T, puntajes estándar, para las puntaciones brutas de cada escala.

Tabla 9.7. Fracciones de K

Puntaje 1 K	0.5 K	0.4 K	0.2 K
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

Calificación de la Validez del perfil:

- Si el puntaje bruto de L es igual o mayor que 10 o si el puntaje bruto de F es igual o mayor que 16 existe la posibilidad de que el perfil no sea válido.
- Si el número de respuestas no contestadas (?) excede el 10%, se invalida la prueba.
- Esta información debe resaltarse por escrito y utilizar algún color que lo señale en el perfil.

Descripción: El MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) es el instrumento más utilizado para la medida de la personalidad y es también el que ha generado mayor número de investigaciones hasta el momento, según criterios de diversos autores.

La primera versión del MMPI fue creada por Hathaway y McKinley en 1943 y su revisión más reciente, MMPI-2, se realizó en 1986 e incluye una forma especial para adolescentes, MMPI-A. Las modificaciones en esta revisión permiten el uso de la prueba, tanto con fines clínicos, como en otros ámbitos no clínicos, por ejemplo, puede ser en asesorías laborales, pedagógicas, jurídicas etc.

Este inventario está constituido por numerosas escalas de varios tipos que se pueden dividir en tres grupos:

Escalas de validación. Estas escalas informan sobre la correcta o incorrecta cumplimentación de la prueba por el sujeto.

- Escala ? Escala de duda o de abstención, se valora a través del número de ítems que el sujeto deja sin responder, el 10% invalida la prueba.
- Escala L. Escala de sinceridad, el sujeto puede querer dar una luz favorable sobre su persona, seleccionando las respuestas que lo sitúan en una posición social favorable; de los 15 ítems de esta escala se aceptan, dentro de lo esperado, valores de 3 a 5. Valores igual o mayor que 10 pueden invalidar la prueba. El puntaje de L puede ser de interés por su propio valor como una medida de la personalidad del sujeto.
- Escala F (Escala de consistencia o comprensión; esta escala se utiliza como una forma de evaluar la validez del protocolo. Un puntaje bajo en F es índice confiable de que las respuestas del sujeto fueron racionales y relativamente pertinentes.

La calificación alta tiene varios significados:

1. Sujetos que no comprenden lo que leen o que no cooperan.
2. Personas que tomar falsas por verdaderas y viceversa.
3. Sujetos esquizoide y enfermos en general.

4. Sujetos que desean colocarse bajo una luz desfavorable.
Se acepta como lo esperado puntuaciones de 3 a 7, y se valora como alta puntuaciones entre 10 a 16, (16 o más pueden invalidar la prueba)

- Escala K. El puntaje K es utilizado como un factor de corrección para aumentar el poder discriminatorio de las escalas clínicas medidas por el inventario. Como tal, el puntaje K actúa como variable supresor. Se añaden valores de K a 5 escalas clínicas. Se entiende también como escala de defensa, es decir, K es una medida de la actitud del sujeto ante la situación de prueba y se relaciona con las actitudes de L y F, pero es algo más sutil y se refiere a un grupo diferente de factores distorcionantes. Si la puntuación K es alta, la defensa es contra la debilidad psíquica y puede referirse a una distorsión deliberada para aparentar ser más normal. Si la puntuación es baja, se considera que la persona finge anormalidad, o es muy autocrítica, o tiene mala opinión de sí, o está deprimido. Se debe tener mucho cuidado a la hora de hacer un uso independiente de esta variable.

Escalas Clínicas (cuyas puntuaciones permiten elaborar un perfil con los aspectos psicopatológicos más relevantes del sujeto)

- Hipocondría (Hs). Esta escala aporta información acerca de la preocupación anormal que se tiene sobre las funciones corporales. Las personas con calificaciones altas en Hs, frecuentemente aquejan molestias físicas no identificables como correspondientes a entidades médicas. La enfermedad "somática" no aumenta la calificación apreciablemente.
- Depresión (D). La depresión se mide mediante 70 ítems. El resultado del valor obtenido en esta escala puede indicar hacia un trastorno, primariamente de tipo depresivo o aparecer como secundario a otros factores. Calificaciones altas son propias de personas con estado de ánimo deficiente, sentimientos de incapacidad, etc., es importante destacar que este es el rasgo menos estable.
- Histeria (Hy). Esta escala mide el grado en que el sujeto es similar a los pacientes que han desarrollado síntomas del tipo de histeria de conversión. Sujetos que presentan desmayos, ataques etc., de tipo histérico, suelen obtener calificaciones altas en esta escala. Este valor correlaciona alto con Hs y D, conformando la llamada Triada Neurótica.
- Desviación psicopática (Pd). Las puntuaciones en esta escala miden el parecido con personas pertenecientes a grupos que pre-

sentan falta de respuesta emocional profunda, desprecio por normas sociales y morales, etc. A menudo, pueden comportarse como personas normales entre una crisis y otra. Tiende a correlacionar alto con Mf y Ma, integrando el perfil psicopático.

- Masculinidad-Femineidad (Mf). La calificación alta en esta escala mide la tendencia del patrón de intereses del sujeto hacia la masculinidad o la femineidad, en relacion al sexo opuesto. Esta escala se relaciona con Pd y Ma.
- Paranoia (Pa). La Pa mide los síntomas que han desarrollado los sujetos esquizofrénicos paranoides, paranoicos y estados paranoides. Muchos esquizofrénicos no son identificados por Sc y sí por Pa. Puntajes entre 70 y 80 deben considerarse significativos de perturbación anómala
- Psicastenia (Pt). La puntuación en esta escala ofrece información acerca de aquellas personas que se caracterizan por compulsiones, fobias, ideas obsesivas, preocupación excesiva, duda. Estos sujetos presentan alta ansiedad. La escala Pt correlaciona alto con Sc, pero muy baja con las demás.
- Esquizofrenia (Sc). La escala Sc mide la similitud de las respuestas con aquellas características de sujetos que poseen pensamientos o conductas extrañas. La escala, identifica el 60% de los esquizofrénicos y correlaciona con Pt y Pa. Estas tres escalas conforman la triada psicótica.
- Hipomanía (Ma). Puntuaciones en el rango de 60-70 mide el factor de personalidad típico de personas que se caracterizan por una marcada productividad en pensamiento y en acción. Esta escala identifica cerca del 60% de los casos.
- Introversión social (Si). No es propiamente una escala clínica. Mide la tendencia a rehuir los contactos sociales.

Escalas suplementarias (Estas escalas son muy diversas, y son producto de investigaciones que tratan de evaluar aspectos "normales" de la personalidad, las mismas aparecen muy posterior a la creación del MMPI) Estas escalas son poco utilizadas.

La aplicación de la prueba, calificación y confección del perfil de salida de la información que ofrece este instrumento, puede hacerlo un personal calificado para ello, pero el proceso de interpretación del MMPI es sumamente delicado, requiere de formación específica en el inventario, por lo que no puede ser realizada por otra persona que no sea psicóloga.

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MMPI ABREVIADO
(No abra este folleto hasta que se le diga)

Dr. Starke R. Hathaway Dr. Charley Mckinley

Adaptación Cubana de los Lics. Carmen Barroso, Miguel A. Álvarez y Rafael Alvisa. Psicólogos del Instituto Nacional de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas.

INSTRUCCIONES

Este inventario consta de oraciones o proposiciones enumeradas.
Lea cada una y decida sí es verdadera o falsa, considerada en relación con Ud.
Usted debe marcar sus respuestas en la Hoja de Respuestas que se le ha dado.
Si la proposición es verdadera, o mayormente verdades en relación con Ud., marque con el lápiz el circulo del renglón V, inicial de verdadero y que está arriba del número.
Si la oración es falsa, o mayormente falsa en relación con usted, marque con el lápiz el circulo del reglón F, inicial de falso y que, está debajo del número.
Al marcar sus respuestas, asegúrese de que el número de la proposición corresponde exactamente con el número de la respuesta.
Si una proposición no tiene nada que ver con usted o trata de algo que usted desconoce, déjela en blanco.
No obstante, procure contestar todas, o casi todas las proposiciones, con sinceridad, de acuerdo a su propio criterio.

NO HAGA MARCA ALGUNA, NI ESCRIBA NADA EN ESTE FOLLETO
AHORA ABRA SU FOLLETO Y COMIENCE

MMPI - Hoja de respuestas. Conteste V (Verdadero) o F (Falso)

Nombre_____Sexo____ Edad_____

No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F
			1			46			91			136			181			226			271			316		
			2			47			92			137			182			227			272			317		
			3			48			93			138			183			228			273			318		
			4			49			94			139			184			229			274			319		
			5			50			95			140			185			230			275			320		
			6			51			96			141			186			231			276			321		
			7			52			97			142			187			232			277			322		
			8			53			98			143			188			233			278			323		
			9			54			99			144			189			234			279			324		
			10			55			100			145			190			235			280			325		
			11			56			101			146			191			236			281			326		
			12			57			102			147			192			237			282			327		
			13			58			103			148			193			238			283			328		
			14			59			104			149			194			239			284			329		
			15			60			105			150			195			240			285			330		
			16			61			106			151			196			241			286			331		
			17			62			107			152			197			242			287			332		
			18			63			108			153			198			243			288			333		
			19			64			109			154			199			244			289			334		
			20			65			110			155			200			245			290			335		
			21			66			111			156			201			246			291			336		
			22			67			112			157			202			247			292			337		
			23			68			113			158			203			248			293			338		
			24			69			114			159			204			249			294			339		
			25			70			115			160			205			250			295			340		
			26			71			116			161			206			251			296			341		
			27			72			117			162			207			252			297			342		
			28			73			118			163			208			253			298			343		

No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F
29			74			119			164			209			254			299			344		
30			75			120			165			210			255			300			345		
31			76			121			166			211			256			301			346		
32			77			122			167			212			257			302			347		
33			78			123			168			213			258			303			348		
34			79			124			169			214			259			304			349		
35			80			125			170			215			260			305			350		
36			81			126			171			216			261			306			351		
37			82			127			172			217			262			307			352		
38			83			128			173			218			263			308			353		
39			84			129			174			219			264			309			354		
40			85			130			175			220			265			310			355		
41			86			131			176			221			266			311			356		
42			87			132			177			222			267			312					
43			88			133			178			223			268			313					
44			89			134			179			224			269			314					
45			90			135			180			225			270			315					

Clave de las escalas del MMPI.

L (14 frases)

Falsa:
30,75,90,105, 135,150,165,225,255,285.

F (54 frases)

Verdadera:
14,23,27,31,34,35,40,42,48,49,50,53,56,66,85,121,123,139,146,151,156,169,184,197,
200,207245,246,247,252,256, 258,269,275,286,291,293.

Falsa:
17,20,54,65,75,83,112,113,115,164,168,177,185,196,199,257,272,276.

K (30 frases)

Verdadera:
96,170

Falsa:
30,39,71,89,124,129,134,138,142,148,160,171,180,183,217,234,267,272,288,290,296,
302,308,310,311,314,316,322.

Hs (29 frases) Hipocodría

Verdadera:
23,29,62,63,68,72,103,108,114,125,160,163,175,189,192,243,273,281.

Falsa:
2,3,7,9,18,51,55,153,155,188,190,230,274.

D (54 frases)

Verdadera:
5,13,23,43,52,67,86,104,131,138,142,154,158,182,189,270,193,236,259.

Falsa:
2,8,9,18,30,36,39,46,51,57,58,64,80,88,89,95,98,107,122,130,145,152,153,155,159,160,178,
191,193,207,208,233,241,242,263,271,272,285,296

.

Hy (58 frase) Histeria

Verdadera:
23,32,43,44,47,76,103,114,128,163,170,174,175,179,186,189,192,238,243,253.

Falsa:
2,3,6,7,8,9,12,26,30,51,55,71,89,93,107,109,124,129,136,137,141,147,153,160,162,
172,180,188,190,201,213,230,234,265,267,274,279,289,292.

Pd(49 frases) Personalidad psicopática.

Verdadera: 16, 21, 24, 32, 33, 35, 37, 38, 42, 67, 84, 91, 94, 102, 106, 110, 118, 127, 170, 215, 216, 224, 239, 244, 245, 284.

Falsa:
8,20,61,82,96,107,134,137,141,155,171,173,180,183,201,231,235,236,
248,267,287,289,296.

MF (f) (54 frases) Masculinidad-feminidad, femenino.

Verdadera:
4,25,70,74,77,78,79,87,92,126,132,134,140,149,176,203,204,
217,221,226,239,261,262,278, 282,295.

Falsa:
1,19,26,28,29,69,89,99,112,115,116,117,133,144,179,187,213,214,
219,223,229,231, 249,254,260,264,280,283,297.

MF (M) (57 frases) Masculinidad-feminidad, masculino.

Verdadera: 4,69,70,74,76,77,78,87,92,120,126,132,133,134,140,149,
176,179,198,203,204,214,217, 221, 226,231,239,261,262, 278,295,
297,299,300.

Falsa:
1,19,26,28,80,81,89,99,112,115,116,117,187,213,219,219,223,229,249,254,260,
264,280,283.

Pa (39 frases) Paranoia.

Verdadera: 15,16,22,24,27,35,110,111,121,123,151,157,158,202,275, 281,284,291,293,294,299,305,317,331,333,338,341,347

Falsa:
93,107,109,117,124,268,313,316,319,327,348.

Pt. (46 frases) Obsesivo-compulsivo.

Verdadera:
10,15,22,32,41,67,76,86,94,102,106,142,182,189,217,238,266,301,304,305,315, 317,318,321,323,326,336,337,340,342,343,346,349,351,353,356,357.

Falsa:
3,8,36,122,152,159,164,178,329.

Sc (77 frases) Esquizofrenia.
Verdadera:
15,16,21,22,24,32,33,35,37,38,40,41,47,52,76,97,103,104,121,156,157,179, 182,187,
4,69,70,74,76,77,78,87,92,120,2
Falsa:
8,17,20,65,119,159,168,177,178,196,220,276,306,309,322,324.

Ma (46 frases) Manía.

Verdadera:
11,13,21,22,59,64,73,97,100,109,111,120,127,134,143,156,157, 181,194,212,226,228,232,233,238,250,251,263,266,268,271,277,279,298.

Falsa:
101,105,119,148,166,167,171,180,222,240,267,289.

Una vez que se tiene la hoja de respuestas contestada adecuadamente se puede calificar el protocolo obtenido. Se comenzará por marcar las respuestas no contestadas y aquellas en que la misma frase ha sido contestada como cierta y falsa a la vez, lo cual elimina esa frase, y se anota el número de estas respuestas en el espacio indicado en la hoja de respuestas (?)

Todas las escalas son las mismas para sujetos de ambos sexos, con excepción de la escala Mf que tiene claves diferentes para hombres y mujeres.

Una vez que se tienen las puntuaciones antes mencionadas, se anotan en el perfil, debajo de la columna que corresponde a cada escala; a continuación, se realizan los ajustes según sea K, y seguidamente se procede a realizar el perfil; al hacerlo se convierten esas anotaciones en puntuaciones T. Las puntuaciones T, en las que se traza el perfil se basa en puntuaciones equivalentes a las puntuaciones naturales para cada escala. A excepción de las escalas L y F, estas puntuaciones se encuentran por medio de las claves.

Fig. 9.1. Perfil masculino del MMPI

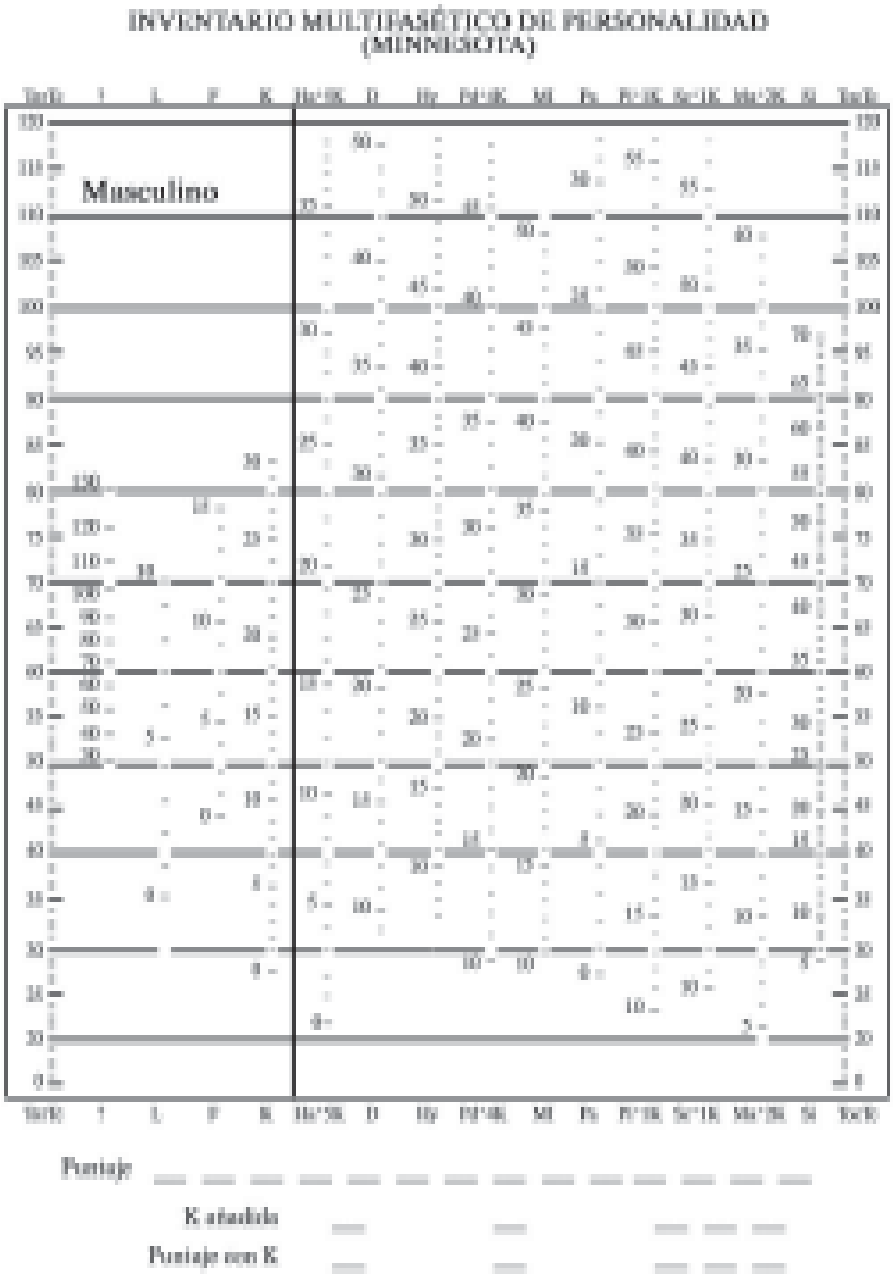
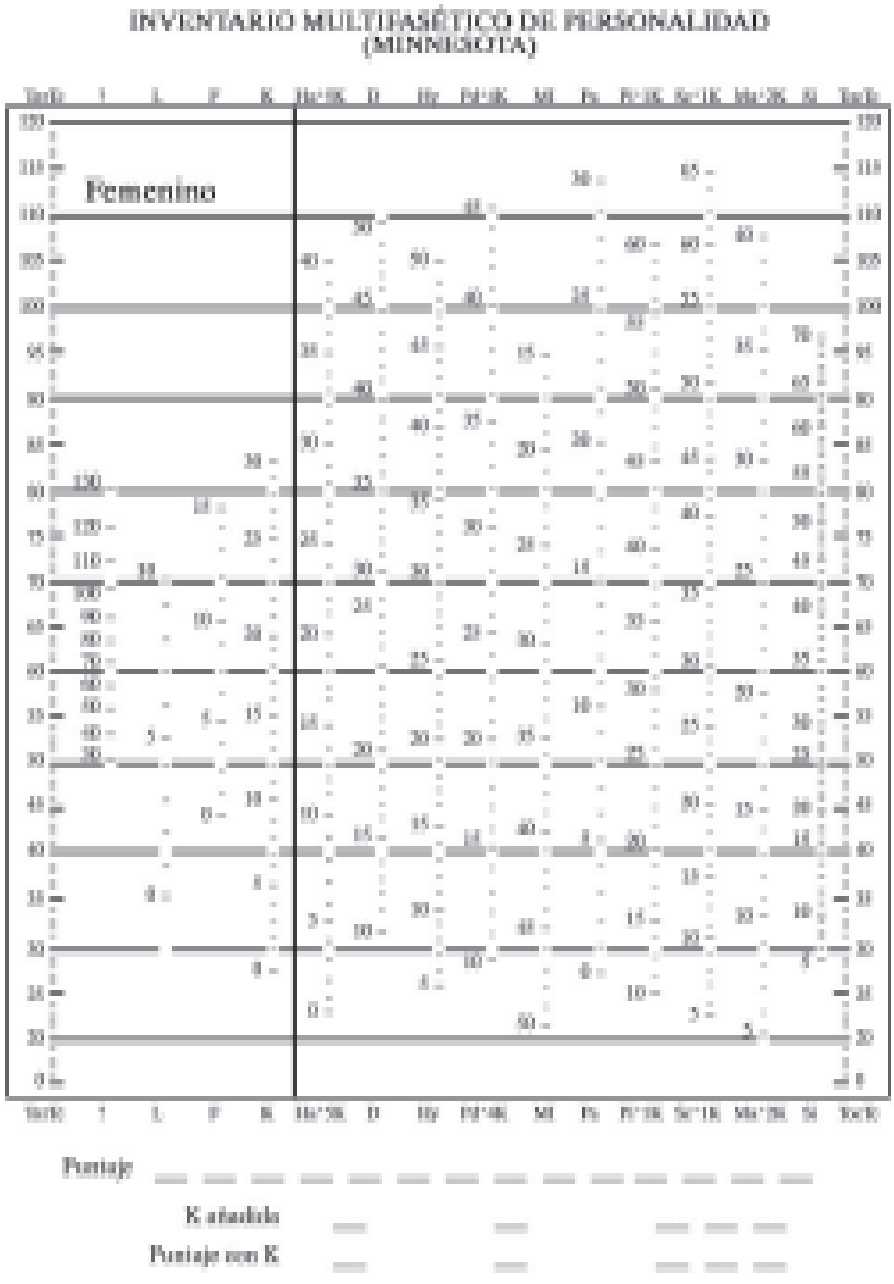


Fig. 9.2. Perfil Femenino del MMPI



9.4. El Test de personalidad de Eysenck

El Inventario de Personalidad de H. J. Eysenck fue creado en 1964, es el test más conocido de este investigador quien cuenta con dos test de personalidad anteriores. Cuestionario de Personalidad, 1952, en el cual solamente media Neuroticismo, y el Inventario de Personalidad, 1959, que mide Neuroticismo y Extraversión. El Inventario de Personalidad, 1964, es conocido también por EPI y es el resultado de los dos tests anteriores.

El Inventario de Personalidad de Eysenck consta de 57 ítems de contestación Sí / No.

Tiene dos formas A y B. Ambas formas tienen dos factores con dos polos: Extraversión versus Introversión y Neuroticismo versus Control; tiene añadida una escala de sinceridad para contrarrestar las respuestas deseables. El trabajo de Eysenck en el estudio de la personalidad y el inventario para medir los factores que la componen utilizando el análisis factorial, no dejan a un lado otros criterios que se integran en su concepción de personalidad como son los elementos constitucionales y de temperamentos. El esquema 9.1. siguiente, muestra el comportamiento que alcanza dicha concepción de personalidad.

Esquema 9.1.

El inventario de Personalidad de Eysenck que estudiamos aquí es la forma B, adaptación cubana por los psicólogos R. S. Rodríguez, C. C. Barroso, R. Alvisa y J Román, en 1974. Se aplica sin limite de tiempo a partir de los 16 años de edad.

Orientaciones al examinador:

- Primero entrega el test y permite un fondo de tiempo para completar los datos generales, y continúa con las instrucciones de la prueba.
- Introduce el test que se aplicará diciendo que se trata de una prueba que permite conocer aspectos importantes del modo de proceder habitual en las personas, por tanto, no hay respuestas buenas o malas, y para ello debe dar respuesta a algunas preguntas a las cuales debe responder Si o No, según su modo personal de proceder.
- Después, orienta seguir con la mirada las instrucciones que aparecen en la prueba mientras él da lectura a las mismas.

Calificación: La calificación de la prueba requiere de una plantilla calada donde aparecen los ítems correspondientes a cada factor circulado en un color que los identifica. Los factores son: Neuroticismo, Extroversión y Sinceridad.

Los ítems por escala aparecen a continuación. El valor de cada ítems a calificar en cada una de las escala es de 1 punto.

- Neuroticismo / azul
  SI Ítems: 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26 28, 31, 33, 35, 38, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57
  NO ítems: 40
- Extroversión / rojo
  SI ítems: 1, 8, 10, 13, 17, 20, 25, 27 29, 32, 34, 37, 41, 44, 46, 49, 53
  NO ítems: 3, 5, 15, 22, 39, 51, 56
- Sinceridad / carmelita
  SI ítems: 6, 12, 30, 42, 48, 54
  NO ítems: 18, 24, 36
  Sinceridad:
  Fiable de: 3 a 9
  No fiable de: < 3 y > 9

En el siguiente perfil se aprecia:

- en la coordenada vertical: el factor Neuroticismo versus Control (ha medida que aumenta la numeración aumenta el nivel de neuroticismo).

- en la coordenada horizontal aparece el factor Extroversión versus Introversión (ha medida que aumenta la numeración aumenta la extroversión).
- El punto donde convergen las puntuaciones señala el tipo de temperamento I, II, II, IV con sus características, además del comportamiento de las variables extroversión y el control, tal como se muestra en el esquema A.
- También es posible valorar, de acuerdo al cuadrante donde converjan las puntuaciones brutas la posible alteración o trastorno que porta la persona, observar la leyenda para dar lectura los cuadrantes del perfil.

Leyenda para dar lectura los cuadrantes del perfil:

A - Neurosis mixta
B - Neurosis de ansiedad
C - Reacciones depresivas
E-F - Reacciones histéricas
D - Hipocondría
F - Psicópata y alcoholismo

Temperamento:

I- Melancólico
II- Colérico
III- Flemático
IV- Sanguíneo

INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE Eysenck
FORMA B

Nombre_____Edad____Sexo_____
Estado
civil_____Escolaridad_____Ocupación_____

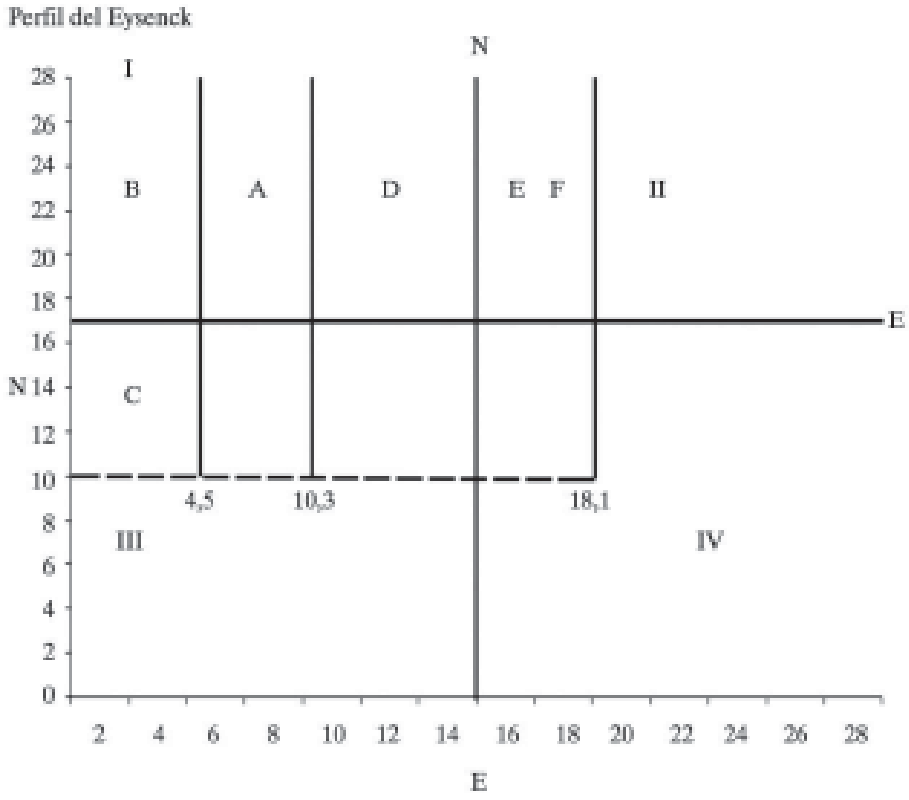
Instrucciones:

A continuación encontrará algunas preguntas que hacen referencia a su manera de proceder, de sentir y de actuar. Después de cada pregunta hay un espacio para contestar SI o NO.

Lea cada una de las preguntas y decida si, aplicada a usted mismo, indica su modo habitual de actuar o de sentir. Si usted quiere contestar SI, trace una cruz en la casilla encabezada por el SI. Si desea contestar NO, trace una cruz en la casilla encabezada por NO.
Trabaje rápidamente, y no emplee demasiado tiempo en cada pregunta; es preferible su primera reacción, espontánea, y no una contestación largamente meditada y pensada. Conteste todas las preguntas sin omitir ninguna.
Trabaje rápidamente y recuerde contestar todas las preguntas.
No hay respuestas correctas o incorrectas; esta no es una prueba de inteligencia o habilidad, sino simplemente una apreciación de su modo de actuar.

Ahora, vuelva la página y comience.

Fig. 9.3. Perfil del Eysenck



Diagnóstico:
Observaciones:

9.5. Inventario de personalidad Cornell Index

El Inventario de Personalidad Cornell Index es un instrumento muy utilizado en nuestro medio, está elaborado con el objetivo de evaluar lo patológico en las tendencias de la personalidad. Su calificación por Bloques, no limita la valoración cualitativa de cada uno de sus ítems, lo cual posibilita un análisis mucho más amplio. Independiente a la calificación que alcance el bloque, los síntomas señalados por la persona orientan el proceder en la entrevista clínica y permite recoger información, aparentemente secundaria, que de otro modo se pasaría por alto; por tal motivo, cuando se utiliza este instrumento es aconsejable leer la respuesta que el sujeto marcó en cada ítem.

Orientaciones al examinador:

- Entregar la prueba y disponer de un fondo de tiempo para escribir los datos generales por el sujeto.
- Las orientaciones que se dan al examinado son sencillas y fáciles de entender por este:
- Trace un círculo alrededor de la palabra SI, si su respuesta es afirmativa. Si es negativa, encierre en un círculo la palabra NO. Conteste todas las preguntas que a continuación se le presentan, con la respuesta que le parezca más justa.

Calificación: La calificación del Inventario de personalidad Cornell Index es igualmente sencilla, pero, como sucede con todas las pruebas de evaluación psicológica es fundamental actuar con cuidado y no confiarse de la sencillez de la misma.

El modo de proceder para calificar la prueba es el siguiente:

- Para el cómputo se otorga 1 punto a todas las respuestas afirmativas, aquellas donde el sujeto marca el SI.
- Excepto en las preguntas 69, 82 y 87, estas preguntas cuando se responde NO la persona está reforzando el síntoma, por tanto la respuesta NO en estos ítems vale 1 punto cada una.
- Posteriormente se suman los puntos obtenidos por cada bloque y en la tabla de calificación en % se encuentra el % correspondiente a cada uno.
- Con el puntaje de cada bloque se va a la Tabla de Calificación del Cornell Index, y se obtiene el tipo de alteración que presenta la persona evaluada.
- Se considera patológico el bloque cuando el sujeto obtiene más del 70% de los puntos posibles en el mismo (mayor al 50% es un indicador a tener en cuenta).

Tabla 9.8. De calificación. Cornell-index.

Preguntas	Bloque	Alteración
1-19	I	Sentimientos de miedo e inadaptación.
20-26	II	Síntomas psicopáticos generales, fundamentalmente depresivos.
27-33	III	Nerviosismo y ansiedad.
34-38	IV	Síntomas psicosomáticos neurocirculatorios.
39-46	V	Miedos fóbicos patológicos (pánico).
47-61	VI	Otros síntomas psicosomáticos.
62-68	VII	Astenia e hipocondría.
69-79	VIII	Síntomas psicosomáticos gastrointestinales.
80-85	IX	Sentimientos de inferioridad.
86-101	X	Agresividad y tendencias psicopáticas.

Tabla de Calificación en por cientos.

Cantidad de Respuestas	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
1	5	14	14	20	12	6	14	9	16	6
2	11	28	28	40	25	13	28	18	33	12
3	16	42	42	60	37	20	42	27	50	18
4	22	57	57	80	50	26	57	36	-63	29
5	27	71	71	100	62	33	71	45	83	31
6	33	85	85		75	40	85	57	100	37
7	38	100	100		87	46	100	63		43
8	44				100	53		72		50
9	50					60		8 1		56
10	55					66		90		62
11	60					73		100		68
12	66					80				75
13	72					86				81
14	77					93				87
15	83					100				99
16	88									100
17	94									
18	100									

CORNELL INDEX

Nombre _____ Edad _____
Sexo_____Centro de trabajo o estudio_____

Instrucciones: Trace un círculo alrededor de la palabra SI, si su respuesta es afirmativa. Si es negativa, encierre en un círculo la palabra NO. Conteste todas las preguntas que a continuación se le presentan, con la respuesta que le parezca más justa.

9.6. Patrón de conducta tipo A

El Patrón A de personalidad, hace algunos años se presentaba como un instrumento que comprobaba la presencia de un determinado tipo de personalidad, y de acuerdo a investigaciones médicas, este Patrón A correspondía a personas con características de personalidad que los predisponía a presentar enfermedades coronarias.

En estos momentos, este enfoque ha dado lugar a interpretaciones mucho más ricas, y se conoce que no se trata de un tipo de personalidad, sino se entiende como un patrón de conducta o estilo de vida donde intervienen aspectos personales, elementos ambientales y procesos mediadores en la interacción persona-ambiente, lo que da lugar a un determinado Patrón de comportamiento, que de forma más modesta se denomina Patrón de conducta tipo A.

Existen diversos modelos de instrumentos que intentan corroborar que una persona presenta estilos de comportamiento que resultan perjudiciales a la salud, más la tarea no es tan sencilla como parece puesto que son varios los aspectos que intervienen y determinan estilos de vida que dan lugar al desarrollo de características que resultan dañinas a la salud. Algunos autores han intentado evaluar los aspectos personales que inciden en este estilo de comportamiento un ejemplo de ello es el propio Patrón A de personalidad (existen varios test con este nombre), Inventario de reacciones interpersonales, etc.; por otra parte, se han elaborado instrumentos que posibilitan medir los elementos ambientales que intervienen y dan lugar a la aparición de este tipo de comportamiento en las personas, como por ejemplo: Inventario de acontecimientos vitales, Escala de acontecimientos recientes, Escalas de reajuste social, Escala de apreciación del estrés, etc., y otros investigadores han creado pruebas para evaluar los procesos mediadores que utilizan las personas de acuerdo a sus características de personalidad y las condiciones que le impone el ambiente en que viven, en un momento dado, como son: Inventario de estilos a afrontamiento, Estimación del afrontamiento, etc.

No pretendemos abordar aquí este asunto que concierne a un espacio más amplio dedicado al tema, pero sí, desde la asignatura instrumentos, dar a conocer la existencia de dicha cuestión y la riqueza de instrumentos que en la actualidad existe y plantea un amplio campo de trabajo para el psicólogo de la salud. A continuación, presentamos uno de los instrumentos que bajo el nombre de Patrón A de personalidad se utiliza en nuestro medio y ofrece información de interés para el estudio y el abordaje terapéutico de la persona que presenta dichas características.

Se ha encontrado con frecuencia que algunos puestos de trabajo con altas demandas, unido a determinadas características de personalidad

de algunas personas, posibilitan que esos individuos desarrollen un estilo de vida que se acerca al patrón de riesgo coronario conocido como Patrón A. En estas personas aparecen las características que a continuación se mencionan y son medidas por este test:

- Ausencia de represión
- Ambición
- Actividad desenfrenada
- Tensión érgica

Orientaciones al examinador: El examinador deja un fondo de tiempo para el llenado de los datos generales y después prosigue:

"A continuación, usted leerá una serie de ítems que se refieren a características personales. Usted debe responder a cada uno de ellos, según sea su caso, basándose en la escala de frecuencia que se presenta":

En esta escala, S quiere decir que SIEMPRE esa característica se presenta en usted.

CS señala que CASI SIEMPRE es así en su caso particular.

R denota que REGULARMENTE esa característica se presenta en usted.

CN indica que CASI NUNCA resulta en su caso, y

N que NUNCA es de ese modo en usted.

Calificación: El individuo que alcance puntuaciones altas se acerca al patrón de personalidad con riesgo coronario, lo cual se valora a través del comportamiento de los siguientes indicadores:

Ausencia de represión (AR): Mientras más alta es la AR menos posibilidad de controlar la propia actividad, jerarquizarla y organizarla.

Ítem: 1, 4, 9, 16, 17 Total 24 puntos

Ambición (AM): A más alta ambición mayor nivel de aspiraciones, pero hay que ver si este nivel es adecuado, si se corresponde con las posibilidades reales.

Ítem: 1, 5, 7, 12, 23, 24, 27 Total 28 puntos

Actividad (AC): La actividad desenfrenada, mal organizada, es fuente de trastorno

Ítem: 4, 13, 15, 18, 20, 25, 26 Total 28 puntos

Tensión (T): Tensión érgica

Ítem: 2, 3, 6, 8, 10, 11, 14, 19, 21, 22, 23, 28, 29 Total 52 puntos

La puntuación de los ítems es de acuerdo a la siguiente dirección:

Directos: (de 4 a 0): 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 27, 29

Inversos: (de 0 a 4): 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 24, 26, 28.

PATRON DE CONDUCTA TIPO A

NOMBRE:_____ EDAD: ____
SEXO:_____FECHA:_____OCUPACIÓN:_____

INSTRUCCIONES.

A continuación usted leerá una serie de ítems que se refieren a características personales. Usted debe responder a cada uno de ellos, según sea su caso, basándose en la escala de frecuencia que se presenta:

S: SIEMPRE CS: CASI SIEMPRE R: REGULARMENTE CN: CASI NUNCA N: NUNCA

9.7. Locus de Control de Rotter

Caracterización de la prueba

El Inventario personal sobre algunas situaciones sociales de Rotter es conocido entre nosotros por el nombre de Locus de Control. Este inventario fue creado por Rotter con el objetivo de investigar cómo afecta, en el estilo de actuación de cada persona, sus creencias. Las creencias las trabaja determinando dos polos de comportamiento que integra lo que se conoce como Locus de Control.

El Locus de control se expresa de dos maneras:

1. El individuo es consciente, de su posibilidad de influir sobre sus acciones, y es el responsable de las consecuencias, buenas o malas, de lo que le acontece. En este caso el sujeto internaliza su responsabilidad.
2. La persona considera que todo lo que le sucede depende de situaciones externas a él, responsabilidad que hace recaer en otros individuos o en fuerzas sobre-naturales. Este tipo de persona externaliza su responsabilidad pensando que escapan de su control personal.

Cuando se realiza psicoterapia o en cualquier trabajo de intervención, resulta valiosa la información que arroja este instrumento, ya que posibilita conocer una barrera importante, y es el grado de responsabilidad que asume el sujeto en el proceso de cambio necesario para su recuperación.

El cuestionario consta de 23 ítems, cada ítem presenta dos alternativas de respuesta: a y b. Estas alternativas responden a la creencia de la persona acerca de su locus de control. El sujeto debe escoger, entre ambas alternativas, aquella respuesta que se ajusta mejor a su caso particular. Es importante que el examinado entienda bien las instrucciones de la prueba cuando se le dice que debe responder a cada ítem de modo independiente al ítem anterior, y en caso de duda, elija aquella alternativa que más se acerca a su opinión.

Orientaciones al examinador: Dar un fondo de tiempo para llenar los datos generales. Después, se dan las instrucciones:

Este es un cuestionario para determinar cómo ciertos acontecimientos en nuestra sociedad afectan a distintas personas. Cada ítem consiste de dos oraciones denominadas a y b. Escoja entre las alternativas, la que más fuertemente usted crea (en su opinión) que describa la situación expuesta. Marque la alternativa (a o b) que indique su opinión en la hoja de respuestas. Cerciórese de escoger la alternativa en que verdadera-

mente crea, en vez de la que piensa deba escoger o la que quisiera que fuese verdad. El presente cuestionario es una medida de las creencias personales y por lo tanto, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Por favor, conteste con cuidado pero sin detenerse particularmente en ningún ítem. Tal vez descubra que en algunos casos usted crea en ambas alternativas o que no cree en ninguna de las dos. En esos casos escoja la alternativa que más se acerque a lo que usted cree y en lo que a usted respecta. Trate de contestar a cada ítem independientemente al hacer su selección, no se deje afectar por sus selecciones anteriores.

RECUERDE: Escoja la alternativa que usted personalmente crea que sea la más verdadera en cada ítem.

Calificación: La calificación se realiza otorgando un punto por cada ítem.

- El locus de control interno responde a los ítems:
  1b, 2a, 3a 4a,5b,6b, 7b, 8a, 9a, 10a, 11a, 12a, 13b, 14b, 15b,16b, 17b, 18a, 19b, 20b, 21a, 22a, 23b.
- El locus de control externo responde a los ítems:
  1a, 2b, 3b, 4b,5a, 6a, 7a, 8b, 9b, 10b, 11b, 12b, 13a, 14a, 15a, 16a, 17a, 18b, 19a, 20a, 21b, 22b, 23a.
- Los puntos obtenidos se suman de forma independiente en cada grupo (control interno y control externo).
- La interpretación de los puntajes finales se realiza siguiendo el criterio de la mayor puntuación alcanzada en uno de los dos grupos.

Inventario Personal Sobre Algunas Situaciones Sociales de Rotter
(Locus de Control)

Nombre_____Edad_____Sexo_____

Este es un cuestionario para determinar cómo ciertos acontecimientos en nuestra sociedad afectan a distintas personas. Cada ítem consiste de dos oraciones denominadas a y b. Escoja entre las alternativas, la que más fuertemente usted crea (en su opinión) que describa la situación expuesta. Marque la alternativa (a o b) que indique su opinión en la hoja de respuestas. Cerciorase de escoger la alternativa en que verdaderamente crea, en vez de la que piensa que deba escoger o la que quisiera que fuese verdad. El presente cuestionario es una medida de las creencias personales y por lo tanto, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Por favor conteste con cuidado pero sin detenerse particularmente en ningún ítem. Tal vez descubra que en algunos casos usted crea en ambas alternativas o que no cree en ninguna de las dos. En esos casos escoja la alternativa que más se acerque a lo que usted cree y en lo que a usted respecta. Trate de contestar a cada ítem independientemente al hacer su selección, no se deje afectar por sus selecciones anteriores.

Recuerde:

Escoja la alternativa que usted personalmente crea que sea la más verdadera.

9.8. Inventario de autoestima de Coopersmith

Caracterización de la prueba

Este cuestionario fue elaborado por Coopersmith a partir de estudios realizados en el área de la autoestima, el objetivo que persigue con este instrumento es conocer el nivel de autoestima de los individuos.

Este autor entiende la autoestima como la capacidad que tiene la persona para tener confianza en sí mismo, autonomía, estabilidad emocional, eficiencia, felicidad, relaciones interpersonales favorables, expresando una conducta desinhibida en grupo, sin centrarse en sí mismos ni en sus propios problemas.

Mediante la prueba, realiza una valoración de la autoestima en tres niveles, acorde a la cantidad de puntaje obtenida:

- Nivel alto de autoestima.
- Nivel medio de autoestima
- Nivel bajo de autoestima
  El inventario consta de 25 ítems donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa a cada uno de ellos.
  Orientaciones al examinador:
- Permite un fondo de tiempo para el llenado de los datos personales. Después, continúa con las indicaciones:
- Lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con usted. No hay respuestas buenas o malas, se trata de conocer cuál es su situación, de acuerdo con el asunto planteado.

Calificación:

- La calificación se realiza otorgando 1 punto en aquellos ítems que están redactados en sentido positivo y a los cuales el sujeto responde afirmativamente (SI). Estos ítems son: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20.
- Cuando el sujeto contesta "NO", en cualquiera de los restantes, ítems se le asigna un punto (1) a ese ítem.
- Al final son sumados estos puntajes obteniéndose una puntuación total.
- Este resultado se interpreta a partir de una norma de percentiles confeccionada para clasificar a los sujetos en función de tres niveles:

CALIFICACION:	PUNTAJE
Nivel alto de autoestima.	19 a 24 puntos
Nivel medio de autoestima	13 a 18 puntos
Nivel bajo de autoestima	menos de 12 puntos

Inventario de autoestima de Coopersmith

Nombre:_____Edad:____Sexo:____
Escolaridad: _____Ocupación: _____

Lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con usted. No hay respuestas buenas o malas, se trata de conocer cuál es su situación de acuerdo con el asunto planteado.

Bibliografía

Alonso, A. Taller "Uso y Abuso del 16-PF", Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, 1997.

Anastasi, A.: Test Psicológicos, Edición Revolucionaria, 1970.

Colectivo de autores: Psicodiagnóstico, Selección de Lectura, Editorial Félix Varela, La Habana, 2003.

Fernández Ballesteros, R. Introducción a la evaluación psicológica, Ed. Pirámide,España,2001.

Hathaway y McKinley: "Inventario Multifacético de la Personalidad", en Psicodiagnóstico. Colectivo de autores, Editorial Félix Varela, La Habana, 2003.

Méndez Acosta, J. A. Cálculo para la corrección de las distorsiones (DM) por factores en las respuestas al Inventario 16-PF de R. Cattell, Formas A, B o C, En soporte magnético para la asignatura Psicodiagnóstico de la carrera de Psicología, noviembre del 2003.

Sendín. Ma. C. Diagnóstico Psicológico, Editorial Psimática, España, 2000.

TEA. Manual 16 PF, Cuestionario de personalidad para adultos de R. B. Cattell. 5TA. Ed; Madrid, 1984.

PARTE IV

Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de los estados de ansiedad y depresión

Capítulo 10

Instrumentos para el estudio de la ansiedad y la depresión

10.1. Introducción

Algunos problemas teóricos y metodológicos en la evaluación de la ansiedad y la depresión.

(M. Martín)

La depresión y la ansiedad han sido de los fenómenos más estudiados y no por eso, mejor comprendidos. Una de las fuentes de confusión se encuentra en el hecho de que los términos tienen significados distintos en diferentes campos, como por ejemplo, en la neurofisiología, la farmacología, la psiquiatría y la psicología. De hecho, en una misma disciplina como la psicopatología, los términos ansiedad y depresión suelen usarse indistintamente para referirse a un estado de ánimo, a un síntoma y a un síndrome.

El abordaje psicológico sobre las relaciones entre la vulnerabilidad personal y los acontecimientos vitales en la génesis de estos estados, también han contribuido a aumentar la incertidumbre. Los modelos más difundidos (como el modelo psicoanalítico de la retroflexión de la hostilidad, los modelos cognitivos conductuales de *Beck (1967)*, Selgiman (1981), los modelos conductuales sobre la ansiedad, etc.) han realizado aportes interesantes pero no esclarecen definitivamente la relación que existe entre la fenomenología de los estados ansiosos y depresivos y los procesos que conducen a su génesis y desarrollo.

Otro de los factores que contribuye a fomentar la confusión se basa en que fenomenológicamente y genéticamente, la ansiedad y la depresión tienen muchas características en común, como ha sido reconocido ampliamente por la literatura y la práctica clínica (Trull y Phares, 2003). Una gran parte de los pacientes presentan los, comúnmente diagnosticados, síndromes ansioso-depresivos; por otra parte, algunos síntomas como

la irritabilidad, la inquietud, los trastornos del sueño y la alimentación, etc., son comunes a ambos tipos de trastornos (*Hervé y otros, 2003*).

Además de estas confusiones conceptuales, los avatares del propio desarrollo de la evaluación psicológica han contribuido a incrementar la profusión de instrumentos para el Psicodiagnóstico, sin que hasta el momento haya consenso acerca, no sólo sobre lo que debemos evaluar, si no acerca de cómo lo debemos evaluar.

Según Fernández Ballesteros (*2003*), las teorías psicológicas pueden agruparse en dos polos: las que consideran que el comportamiento está determinado por factores "internos" (polo endógeno) ya sean estas características psicológicas como rasgos de personalidad, procesos psíquicos, mecanismos de autorregulación o factores biológicos como la herencia o el funcionamiento de órganos como el cerebro y las glándulas; y las que consideran que se explica por factores "externos" (polo exógeno), como las características de la situación concreta, la educación o el medio social.

En estrecha relación con esos polos están las teorías que consideran que el comportamiento es estable a lo largo del tiempo (polo endógeno generalmente) y las que consideran que es variable porque depende de las circunstancias (polo exógeno generalmente). Enfoques actuales como el cognitivo conductual y el histórico cultural pretenden trascender esta polarización, dando importancia a la dialéctica de lo interno y lo externo, en la determinación del comportamiento, aunque todavía no pueden considerarse acabados, ni mucho menos aceptados por todos los autores.

Las teorías que se enmarcan en el polo endógeno-estable sobre la ansiedad y la depresión, han planteado, como objeto del diagnóstico psicológico, fenómenos tan disímiles como: rasgos de personalidad predisponentes (ansiedad y depresión como rasgo): intensidad y estructuración de los estados transitorios de ansiedad o depresión ; y conceptos dinámicos como los mecanismos de defensa (enfoque psicodinámico) o estructuras internas mentales como las ideas irracionales o errores cognitivos (enfoque cognitivo-conductual) o la jerarquía motivacional y la autovaloración (enfoque histórico cultural).

En el polo exógeno-situacional están los conductistas, que plantean que el objeto de la evaluación son los comportamientos y los factores del ambiente (estímulos, reforzamientos, etc) que los determinan.

Los métodos que fundamentalmente han influido en el desarrollo de la evaluación psicológica en este campo han sido:

- *El correlacional,* en el que se basa la construcción de los tests y cuestionarios psicológicos
- *El experimental*, que se desarrolló originariamente en los laboratorios y que los conductistas y cognitivitas han tratado de adaptar a los contextos prácticos como la clínica, la educación y las organizaciones.

- *El método clínico*, que proviene de la Medicina, pero que ha influido en el desarrollo de la Psicología Clínica.

Las técnicas pueden clasificarse en:

- *Tests* (construidos a partir de estrategias correlaciónales y estadísticas)
- *Pruebas proyectivas*, que se basan en el constructo teórico "proyección", propuesto originariamente por el psicoanálisis, pero que otros autores consideran como un proceso de manifestación, de expresión de la personalidad, no necesariamente inconsciente (Alonso, 2003)
- *Autoinformes*, entre los que se incluyen múltiples y muy disímiles procedimientos como cuestionarios, escalas, autobiografías, composiciones, los cuales tienen en común el hecho de que se basan en lo que refiere el sujeto acerca de sí mismo
- *La observación*, que se ha nutrido de la tradición clínica y también de la experimental.

La práctica y las tradiciones de los contextos particulares (clínico, educativo, organizacional) y de los diferentes países, ha dado lugar a que se priorizen algunos métodos. En el caso del ejercicio de la Psicología de la Salud en Cuba, se ha popularizado el uso de inventarios autodescriptivos por diversas razones (accesibilidad, facilidad de aplicación y calificación) y no hay dudas que ellos resultan útiles auxiliares en el proceso de diagnóstico, pero, como todas las herramientas, tienen sus limitaciones y de ninguna manera pueden convertirse ni en las únicas ni en las principales vías para la evaluación de fenómenos tan complejos y relevantes como la ansiedad y la depresión.

10.2. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Ch. Spielberger

Caracterización de la prueba

Título: Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)
Autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene.
Descripción: El IDARE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), autoaplicada.

Cada una de ellas tiene 20 items . En el IDARE-E, hay 10 items positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 items negativos. En la escala rasgo hay 13 items positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En la Escala de Estado, se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los items formulados, y cómo se siente generalmente en relación a los items de la Escala de ansiedad como rasgo.

Existen diferentes versiones al español de la prueba, siendo una de las más utilizadas la de Ch. Spielberger , R. Díaz Guerrero y otros (1966) que es la que utilizamos en Cuba.

Aplicación: Evidentemente, en todas las escalas que son autodescriptivas, como ésta, el sujeto puede tergiversar la información, por lo que se necesita un buen rapport, de manera que el sujeto describa sus verdaderos sentimientos y comportamientos. Por otro lado, es necesario que el sujeto tenga una escolaridad de 9º. grado para que pueda comprender las proposiciones cuando se aplica de manera autoadministrada. No obstante, es posible utilizarla de manera heteroaplicada (el examinador lee los ítems y las alternativas de respuestas) en cuyo caso se ha utilizado con éxito en pacientes con menos escolaridad, ancianos con deterioro cognitivo leve, pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, etc.

De manera convencional, se aplica primero la escala Ansiedad como estado y luego la escala Ansiedad como rasgo; pero es posible aplicar solamente una de las subescalas, en función de los intereses del examinador. La subescala ansiedad como estado se puede aplicar de manera repetida, incluso con intervalos de minutos (por ejemplo, antes y después de un tratamiento con técnicas de relajación). Se han reportado numerosas investigaciones en que se aplica de esta manera. El éxito de la aplicación del IDARE está en garantizar que el sujeto comprenda bien la diferencia entre las consignas de cada subescala.

Antecedentes y bases conceptuales: El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) fué construído por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1966) con el propósito de disponer de una escala, relativamente breve y confiable, para medir dos dimensiones básicas de la ansiedad: como rasgo (ansiedad personal) y como estado. Las bases conceptuales de esta medición estuvieron en la teoría de señal de peligro de Freud (citado por Grau, Martín y Portero, 1993), los conceptos de Cattell acerca de la ansiedad rasgo-estado (citado por Grau, Martín y Portero, 1993) y el desarrollo refinado de estos conceptos por Spielberger (citado por Grau, Martín y Portero, 1993).

La distinción de ansiedad rasgo-estado (ser-estar) ha sido validada en numerosos estudios de investigación y reenfocada en la clasificación

cubana de las distintas formas de ansiedad (*Grau, 1982; Castellanos, Martín, Grau, 1986; Grau, Martín, Portero, 1993*). De tal forma, los ítems reportados de cómo se siente el sujeto "ahora", "en este momento", y que indican intensidad en 4 categorías (1-no totalmente, 2-un poco, 3-bastante, 4-mucho), responden a la subescala de Ansiedad-Estado, y siempre debe ser presentada primero a los sujetos, antes que la subescala de Ansiedad-Rasgo, que se refiere a como se sienten "por lo general", "habitualmente", y se contestan también en 4 puntuaciones de frecuencia (1-casi nunca, 2-algunas veces, 3-frecuentemente, 4-casi siempre).

La evidencia de validez de constructo de la subescala Estado se ha reflejado en los puntajes de estudiantes universitarios cuando se someten a exámenes (aumentan significativamente) y son notoriamente más bajos después de un entrenamiento en relajación, en comparación a cuando estos mismos sujetos son evaluados dentro de una clase cotidiana . Además, se han observado movimientos en los puntajes ante diferentes situaciones estresoras experimentales (*Pupo, Martín, López, Grau, 1989; Franco, Martín, Grau, 1991, etc.*). También se han obtenido evidencias de validez de constructo de la subescala Rasgo, en pacientes neuropsiquiátricos, que obtienen puntajes más altos que los sujetos normales (*Castellanos, Grau, Martín, 1986*).

La información adquirida en las investigaciones durante más de una década, con el IDARE, permitió realizar revisiones del instrumento para desarrollar mediciones "más puras" con la intención de proveer de una base más firme para diferenciar entre pacientes que sufren de ansiedad y desórdenes depresivos, por lo que se creó la forma Y. En la forma Y del IDARE, se suprimieron algunos ítems comunes a la depresión y la ansiedad y se logró una distribución más homogénea de los reactivos positivos y negativos con respecto a la ansiedad rasgo. Sin embargo, la forma anterior, que es la que más se conoce y utiliza en Cuba y en muchos países de América Latina, es la forma X. Los estudios han demostrado que la correlación entre ambas formas es muy alta (.98,.99) por lo que en la práctica pueden utilizarse indistintamente.

Desde su aparición, el IDARE había sido traducido y adaptado a 48 idiomas y dialectos (*Spielberger, 1989*) y se han conducido investigaciones estableciendo normas para estudiantes de educación secundaria, estudiantes universitarios, empleados, militares, presos y pacientes de Medicina General y Cirugía, las cuales se utilizan ampliamente para los estudios de investigación y para la práctica clínica (*Spielberger, 2002*).

En Cuba se viene utilizando limitadamente el IDARE (forma X) desde los primeros años de 1980, aunque los estudios de validación en población cubana, realizados en la década siguiente, ampliaron notoriamente su empleo con fines asistenciales hacia fines de la década del 80 y

principios de los años 90. Diferentes estudios de validación ofrecen normas similares a las de Spielberger al aplicarlo a sujetos normales, personas con tensión emocional (no ansiosa), pacientes neuróticos, personas con disfunciones sexuales eréctiles, pacientes sometidos a cirugía y con trastornos máxilo-mandibulares, enfermos con diferentes desórdenes tratados en servicios clínicos, etc, examinándose más de 5,000 pacientes en 10 años de investigación. (*Cañizares, Rodríguez Grau*, 1987; Estrada J, Portero D, 1991; González, Martín, Grau, 1989; Grau, Martín, Portero, 1991; Guimarais, Grau, Martín, 1992; Hernández, Grau, 1989; Hernández, García, Portero, 1990; Márquez, Hernández, 1987; Martín, Grau, 1993a; Martín, Grau, 1993b; Mitjans, Grau, Martín, 1987; Portero, 1978, 1996).

Se ha comprobado en la práctica asistencial y en las investigaciones, que los sujetos que tienen alta calificación en ansiedad como rasgo, son más propensos ante situaciones de estrés, a tener una evaluación alta en ansiedad como estado. Los sujetos que presentan una alta ansiedad como estado, no tienen por qué presentar una patología psiquiátrica, pueden ser sujetos normales sometidos a situaciones conflictivas o estresantes de manera situacional.

Existe una forma abreviada del IDARE para adolescentes y adultos, así como un IDARE-C para niños, básicamente entre 9 y 12 años.

Áreas de aplicación: Ha sido sometido a numerosos procesos de validación y es una de las pruebas que más se utiliza actualmente para la evaluación de la ansiedad, tanto en personas "sanas", como en pacientes psiquiátricos y personas con problemas de enfermedades crónicas o dolor. Se reportan numerosos estudios en contextos clínicos en los que usualmente es complicado realizar una evaluación psicológica, como son las unidades de cuidados intensivos, los salones de operaciones, el paciente encamado, etc.

La validación en Cuba fue realizada en 1986 por *Castellanos, Grau* y *Martín.* Desde entonces, se utiliza en la asistencia cotidiana en casi todas las instituciones de salud del país, así como en la docencia y en la investigación.

Corrección e Interpretación: Para calificar se debe conocer el puntaje alcanzado en cada ítem. Se debe utilizar la clave, a manera de saber que grupos de anotaciones se suman, a partir de que algunas proposiciones están formuladas de manera directa, como evaluando la ansiedad (Ej. Estoy nervioso) y otras de manera inversa (Ej. Estoy calmado). Se utiliza posteriormente una fórmula, cuyo resultado final permite ubicar al sujeto en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo Baja, Moderada o Alta.

Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, que toman valores de 20 a 80 ptos. En algunas versiones al español, no existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad, sin embargo, en la validación que se realizó en población cubana en 1986, se pudo establecer la puntuación 45 como punto de corte para la ansiedad alta, tanto estado como rasgo.

Resumen: Estrategia de calificación IDARE

A. Estado

3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A
1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B
(A-B)+50=
___ Alto (> = 45)
___ Medio (30-44)
___ Bajo (< = 30)

A. Rasgo

22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 =A
21+26+27+30+33+35+39 =B
(A-B)+35=
___ Alto (> = 45)
___ Medio (30-44)
___ Bajo (< = 30)

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre:_____ **Fecha:**_____

INSTRUCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique ***cómo se siente ahora mismo***, o sea, en estos momentos.
No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique ***cómo se siente generalmente***. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento triste.	1	2	3	4

IDARE

Hoja de Respuesta

Nombre:_____ **Fecha:**_____

ESTADO					RASGO				
	No	**Un poco**	**Bastante**	**Mucho**		**Casi Nunca**	**Algunas veces**	**Frecuen-temente**	**Casi siempre**
1.					1.				
2.					2.				
3.					3.				
4.					4.				
5.					5.				
6.					6.				
7.					7.				
8.					8.				
9.					9.				
10.					10.				
11.					11.				
12.					12.				
13.					13.				
14.					14.				
15.					15.				
16.					16.				
17.					17.				
18.					18.				
19.					19.				
20.					20.				

10.3. Escala de Ansiedad patológica de J. Grau y cols

Caracterización de la prueba

Título: Escala de Ansiedad Patológica (EAP)

Autor: Jorge A Grau y cols.

Descripción: Fue elaborada y validada en la Facultad de Psicología de la Universidad Central de las Villas en la década de los 70, para determinar la presencia y el grado de la intensidad de la ansiedad patológica. Su autor principal es Jorge Grau. La validación de la EAP se realizó en

pacientes neuróticos , enfermos somáticos y sujetos supuestamente sanos. Se aplica desde hace más de 30 años en diferentes instituciones de salud de Cuba.

La EAP consta de 76 ítems, de los cuáles 26 reflejan cuantitativa y cualitativamente la ansiedad patológica, 8 que forman parte de la escala de sinceridad del instrumento , además de 42 ítems adicionales, extraídos, al igual que los 8 anteriores, de diversos inventarios y cuestionarios psicopatológicos y de personalidad como el MMPI. Estos ítems sólo cumplen función de "relleno" para permitir generar variantes paralelas, cambiando el orden de presentación de los ítems relevantes para la evaluación de la ansiedad. Existen tres variantes o formas paralelas de la escala (A, B y C) lo que posibilita su aplicación en diferentes momentos de la evolución.

Los 26 ítems que valoran la ansiedad patológica fueron seleccionados porque ofrecen información sobre los síntomas más comunes de los estados de ansiedad patológica que se observan en las personas que tienen síntomas de ansiedad de tipo neurótico, independiente de las formas clínicas en que se exprese el trastorno.

Aplicación: Autoadministrada, sujetos adultos con escolaridad superior a 9no. grado

Corrección e Interpretación: Se obtiene una puntación total a partir de la suma del puntaje obtenido en cada uno de los ítems de ansiedad patológica. Cada respuesta positiva a estos ítems vale 1 punto, así que los rangos de puntación están entre 0 y 6. Se consideran 3 categorías:

1- 18	BAJA ANSIEDAD
19- 24	ANSIEDAD MODERADA
25 -	ANSIEDAD ALTA

Si el sujeto obtiene menos de 4 puntos en la escala de sinceridad se recomienda considerar los resultados no válidos.

Conceptualmente, la EAP pretende valorar la intensidad de la ansiedad patológica, partiendo de la concepción de la misma que se describe en el Enfoque personal sobre el estrés y la ansiedad (ver capítulo sobre CUBANSIOPAT). Para ser consecuente con esta concepción, la EAP sola no puede utilizarse para el diagnóstico de la ansiedad patológica, pues personas con ansiedad situacional también, eventualmente, pueden obtener altas puntuaciones en la misma, por lo que solo su interpretación, en los marcos del CUBANSIOPAT, cobra sentido para el diagnóstico de la ansiedad patológica.

En la práctica clínica puede utilizarse sola, si se toma como un indicador de intensidad de la ansiedad y de los cambios en este nivel durante el proceso terapéutico.

E.A.P.

Este cuestionario consta de una serie de preguntas que pueden tener algún significado para usted. Aquí no hay respuestas buenas ni malas, sólo se trata de una prueba para conocer sus predilecciones, opiniones, sentimientos, etc., por lo que usted debe tratar de dar contestación a las preguntas con la mayor sinceridad posible, siguiendo las instrucciones que a continuación le damos. De esta forma, se podrán obtener resultados exactos y útiles para usted.

Junto a este cuestionario se le entregará una hoja de respuesta en la que aparecen las casillas correspondientes a cada pregunta. Después de cerciorarse de que está usted marcando el número que corresponde a la pregunta de orden, pondrá una cruz contestando SI o NO.

Debe contestar siempre SI o NO, nunca las dos a la vez. Es necesario además que responda todas las preguntas de este cuestionario.

Lea con cuidado cada pregunta y piense bien su respuesta antes de marcar la casilla. En caso de equivocación puede borrar y marcar la que usted desee.

Si ha entendido bien las instrucciones, puede usted comenzar a contestar el cuestionario. Cerciorarse finalmente de que ha respondido todas las preguntas, sin dejar alguna.

E.A.P.
HOJA DE RESPUESTAS **Forma _____**

Nombre _____ Edad_____
Escolaridad_____ Ocupación_____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
SI NO														
SI NO	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
SI NO	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
SI NO	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
SI NO	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
SI NO	71	72	73	74	75	76								

EAP CALIFICACION

ESCALA DE ANSIEDAD PATOLÓGICA (E.A.P.) FORMA A- CLAVE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
SI														
NO					X			X				X	S	
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
SI				S				X		X	X	X		X
NO														
	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
SI	X	X	X		X	X		X	X		S			S
NO				S										
	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
SI				S	X		X	X			S		X	X
NO														
	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
SI	X	X		X		X		S	X		S			
NO														
	71	72	73	74	75	76								
SI	X			X										
NO														

X — ITEM QUE MIDE ANSIEDAD- VALE 1 PUNTO
1- 18 BAJA ANSIEDAD
19- 24 ANSIEDAD MODERADA
25 - ANSIEDAD ALTA

S — ITEM QUE MIDE SINCERIDAD – VALE 1 PUNTO.
MENOS DE 4 DESCONFIAR DE LOS RESULTADOS

10.4. Escala de ansiedad de Cattell (Autoanálisis)

Caracterización de la prueba

Nombre de la prueba: Prueba de Ansiedad de Cattell (Autoanálisis).
Autor: Raymond B. Cattell, 1958.
Objetivo: Esta prueba está diseñada para conocer el nivel de ansiedad general que presenta una persona, comparar el comportamiento de la ansiedad, latente y la manifiesta y señalar los factores de personalidad que favorecen la ansiedad.
Administración: Autoadministrable. Se aplica a personas de ambos sexos a partir de 15 años de edad, en forma grupal o individual. El test requiere poco tiempo para su completamiento, alrededor de 5 minutos.
Descripción: Esta prueba, conocida con el nombre Escala de ansiedad de Cattell, proviene de estudios relativos a la ansiedad, realizados con el Inventario de personalidad 16 PF. Se ha demostrado que 6 de los 16 factores unitarios de personalidad que mide el Inventario de personalidad 16 PF, están ligados al factor de ansiedad general en sus vertientes manifiesta o latente; esos factores son: O (tendencias o sentimientos de culpa); Q4 (tensión frustrante); Q3 (integración deficiente y falta de autosentimiento); C (debilidad del ego); L (suspicacia paranoide); y, ligeramente, H- (timidez).

Es decir, recae fundamentalmente sobre cinco factores de la personalidad el peso de generar ansiedad en una persona; este conocimiento permitió elaborar el presente instrumento para medir ansiedad. La evaluación de la ansiedad la realiza desde la teoría de los rasgos, considerando la ansiedad como algo estable en la estructura de la personalidad

Esta escala está constituida por 40 ítems, los 20 primeros estiman la ansiedad latente y el resto la ansiedad manifiesta. Cada ítem tiene tres alternativas de respuestas posibles, entre las cuales el sujeto tiene que escoger una. Los resultados obtenidos deben ajustarse a la edad y el sexo de la persona estudiada.

Cuando se aplica el Cattell de ansiedad, si se quiere ampliar el conocimiento acerca del compromiso de los cinco factores primarios de personalidad en los valores de ansiedad obtenidos, se aconseja aplicar el 16PF, que recoge una participación del comportamientos de dichos factores en la ansiedad mucho más amplia que el que permite la escala de ansiedad.

Es conveniente señalar que la presente escala se relaciona con el nivel de ansiedad general, no con el de neuroticismo.

La interpretación de los resultados obtenidos mediante este instrumento revelan:

1. una puntuación estándar de "Ansiedad total" que muestra la posición del sujeto en una escala de diez puntos, relativa a la población general, y grupos de pacientes en particulares.
2. puntuaciones en relación a la participación de los factores de personalidad que intervienen en la ansiedad general del sujeto estudiado.
3. puntuaciones en un desglose de ansiedad sintomática o ansiedad no manifestada conscientemente.

Descripción de los cinco factores de la estructura de la personalidad que intervienen en el análisis de la ansiedad en este instrumento:

Q3 (desarrollo del autosentimiento): este factor muestra el grado de motivación para integrar la conducta entre los estándares aceptados socialmente y un autosentimiento conciente y aprobado por uno mismo. La falta de tal integración de la conducta sobre un concepto claro de sí mismo es una de las principales causas de desarrollo de la ansiedad. Por tanto, la anotación de Q3 puede considerarse como una medida de hasta qué grado se halla incluida la ansiedad en los hábitos y estructuras del carácter aprobadas socialmente.

C (fuerza del ego): este factor representa el concepto de la fuerza del yo, la capacidad inmediata de controlar y expresar las tensiones érgicas en forma adecuada y realista. Un yo inseguro con muchas defensas genera ansiedad, incluso una alta tensión ansiosa causa regresión, impidiendo el desarrollo normal de la fuerza del yo.

L (tendencia paranoide): la difícil situación causada por la conducta paranoide genera ansiedad, dada la inseguridad social de sus defensas.

O (tendencia al sentimiento de culpa): este factor representa a la ansiedad depresiva de culpa; parece ser el patrón de depresión, autoacusación y ansiedad, combinados en un sentimiento de desmerecimiento, ansiedad y represión, con tendencia a todo tipo de sentimientos de culpabilidad.

Q4 (tensión érgica): representa el grado en que es generada la ansiedad por presiones de impulsos y necesidades insatisfechas de todo tipo, se muestra en las tendencias a la emocionalidad, tensión, irritabilidad y nerviosismo.

Tabla 10.1. Representación de los cinco factores primarios por ítems en la Escala de ansiedad de Cattell

Factores primarios de la personalidad	Números de ítems en el formulario del test
Q_3 (-): Integración deficiente del autosentimiento organizado	8 ítems (1, 2, 3, 4, 21, 22, 23 y 24)
C (-): Debilidad del yo	6 ítems (4, 5, 7, 25, 26 y 27)
L : inseguridad Paranoide	4 ítems (8, 9, 28 y 29)
O: Tendencia al sentimiento culpa	12 ítems (10, 11, 12, 13, 14, 15, 30, 31, 32, 33, 34 y 35)
Q_4 Tensión érgica	10 ítems (16, 17, 18, 19, 20, 36, 37, 38, 39 y 40)

Confeccionar una clave calada, facilita la calificación de ambos bloques de ansiedad: latente del ítems 1 al 20, y manifiesta del 21 al 40; para ello se utilizan los ítems y la puntuación 0, 1 ó 2 puntos, recoge además el factor primario que mide, según se aprecia en la siguiente tabla.

Ítems	Izquierda	Centro	Derecha	Factores
Ítems 1 y 21	2	1	0	Q3
Ítems 2 y 22	0	1	2	Q3
Ítems 3 y 23	0	1	2	Q3
Ítems 4 y 24	2	1	0	Q3
Ítems 5 y 25	2	1	0	C
Ítems 6 y 26	0	1	2	C
Ítems 7 y 27	2	1	0	C
Ítems 8 y 28	2	1	0	L
Ítems 9 y 29	0	1	2	L
Ítems 10 y 30	0	1	2	O
Ítems 11 y 31	0	1	2	O
Ítems 12 y 32	2	1	0	O
Ítems 13 y 33	2	1	0	O
Ítems 14 y 34	0	1	2	O
Ítems 15 y 35	2	1	0	O
Ítems 16 y 36	2	1	0	Q4
Ítems 17 y 37	0	1	2	Q4
Ítems 18 y 38	2	1	0	Q4
Ítems 19 y 39	0	1	2	Q4
Ítems 20 y 40	2	1	0	Q4

Instrucciones al examinador:

- Llenar los datos generales para lo cual se permite un fondo de tiempo.
- No es aconsejable decir al sujeto que se trata de un test de ansiedad. La información al sujeto se trata de un "registro de auto análisis", y se necesita su primera reacción en cada ítem, tal y como lo piensa en este instante.
- Decir que el test se cumplimente de forma rápida, la mayoría de las personas lo hacen en 5 ó 10 minutos (cualquiera que se demore más de la cuenta, debe recordársele que la "primera reacción" a cada pregunta es lo que se necesita).
- Se orienta escoger una de las tres alternativas que presenta cada ítems.
- Realizar la lectura de las instrucciones mientras el examinado las sigue con la vista

Calificación:

1. Aplicar la clave calada para otorgar los puntos a las respuestas por cada ítem y de ese modo obtener la puntuación correspondiente a cada factor.
2. Sumar el puntaje bruto, obtenido por cada factor en su desglose de ansiedad latente y ansiedad manifiesta, y anotarlos en la tabla de calificación que aparece al final del test. (Recordar la ansiedad latente es del ítems 1 al 20 y la ansiedad manifiesta del 21 al 40)
3. Registrar la suma total de este puntaje (ansiedad latente más manifiesta) por factor, tal como se aprecia en la tabla de anotaciones de las respuestas que aparece al final del test, representado por L + M.
4. Seguidamente se procede a efectuar las correcciones, al valor obtenido de la sumatoria anterior, en cada factor, atendiendo a edad y sexo, para ello se consulta la Tabla 10.2 "Corrección de la puntuación bruta total obtenida en cada factor atendiendo a la edad y al sexo".
5. En la columna, extrema derecha, anotar los totales brutos de ansiedad, latente y manifiesta, así como el total de la suma de ambas *(ansiedad total)* después de realizadas las correcciones pertinentes en cada factor (como se aprecia estas tres sumas se realizan con las puntuaciones horizontales).
6. A continuación, se realiza la primera corrección en la puntuación de ansiedad total bruta obtenida, atendiendo a la edad del sujeto, esta corrección se efectúa mediante la Tabla 10.3. "Correcciones de la puntuación total en bruto según la edad".
7. Hasta aquí se ha llenado la parte superior de la tabla de calificación con las anotaciones brutas. Ahora se procede a completar la parte inferior de dicha tabla.

8. Seguidamente se realiza la segunda corrección de la puntuación de ansiedad total bruta, para ello se consulta la Tabla 10.4. "Conversión a stens de las puntuaciones brutas de ansiedad total por sexo". Ese valor en sten se coloca en la casilla inferior derecha de la tabla de calificación.
9. Corresponde realizar ahora, la conversión a stens de las puntuaciones brutas obtenidas por cada factor, posterior a las correcciones que fueron realizadas en cada factor, y que aparecen en la fila de Corrección de totales de la tabla de calificación. Dicha conversión se efectúa mediante la Tabla 10.5. "Conversión de las puntuaciones brutas de los factores de la personalidad a stens".
10. Una vez completado el llenado de la tabla de calificación, se procede a la confección del perfil y a la interpretación de la información obtenida. En la Tabla 10.6. "Interpretación psicológica de los niveles sten" se puede apreciar la significación descriptiva de los valores sten de la ansiedad total. Como bien traducen estas últimas palabras se trata tan solo de una significación descriptiva, lejos de la individualidad y el contexto de la persona estudiada.
11. Debajo de la tabla de calificación se confecciona el perfil, para ello se trabaja con las anotaciones stens. Por cada factor se busca el sten obtenido y se hace en la casilla correspondiente una marca (X). Este proceder incluye la ansiedad total representada en el perfil por la letra T. Seguidamente, siguiendo las marcas se confecciona el perfil.
12. En la sección "Observaciones" se registra la información concerniente a la conducta del sujeto, significativa a los resultados obtenidos en la prueba.

Tabla 10.2. Corrección de la puntuación bruta total obtenida en cada factor atendiendo a la edad y al sexo. (Escala de Ansiedad de Cattell)

Factor	Restar a la suma (Latente + manifiesta)
Q3	
C-	Restar 1 punto en mujeres
L	
O	Restar 1 punto en mujeres
	Sumar 1 punto por cada 10 años a partir de los 21 años.
Q4	Sumar 1 punto por cada 10 años a partir de los 21 años.

Tabla 10.3. Corrección de la puntuación de ansiedad total en bruto según la edad
Escala de Ansiedad de Cattell

Edad	Corrección aplicada a una puntuación
15 - 18	Restar 1 punto de la puntuación bruta
19 - 22	Sin cambio
23 - 27	Añadir 1 punto a la puntuación bruta
28 - 32	Añadir 2 puntos a la puntuación bruta
33 - 37	Añadir 3 puntos a la puntuación bruta
38 - (+)	Añadir 4 puntos a la puntuación bruta

Tabla 10.4. Conversión a stens de la puntuaciones brutas de ansiedad total por sexo (Escala de Ansiedad de Cattell)

Hombres		Mujeres	
Puntuación en bruto	stens	Puntuación en bruto	Stens
0 - 4	1	0 - 7	1
5 - 10	2	8 - 13	2
11 - 14	3	14 - 17	3
15 - 20	4	18 - 23	4
21 - 26	5	24 - 29	5
27 - 32	6	30 - 35	6
33 - 37	7	36 - 40	7
38 - 45	8	41 - 48	8
46 - 54	9	49 - 58	9
55 - 80	10	59 - 80	10

Tabla 10.5. Conversión de las puntuaciones brutas de los factores de la personalidad a stens. (Escala de Ansiedad de Cattell)

Fuentes de rasgos de la personalidad en la ansiedad									
Falta de desarrollo del auto-sentimiento integrado		Debilidad del yo (falta de fuerza del yo)		Protensión o Inseguridad paranoide		Tendencia al sentimiento de culpa		Tensión érgica (Presión, impulso del Id)	
Q_3 (-)		C (-)		L		O		Q_4	
Puntuación		Puntuación		Puntuación		Puntuación		Puntuación	
Bruta	Sten	Bruta	Sten	Bruta	Sten	Bruta	Sten	Bruta	Sten
0	1	0	1-5	0	1	0	0.5	0	1
1	2	1	3	1	2.5	1-2	1	1-2	2
2-3	3	2	4	2	4.5	3	2	3	3
4	4	3	5	3	6	4-5	3	4-5	4
5-6	5	4	6	4	7	6-7	4	6-7	5
7	6	5	7	5	8	8-9	5	8	6
8-9	7	6	8	6	9	10-11	6	9-10	7
10	8	7	9	7-8	10	12	7	11-12	8
11-12	9	8-12	10	-	-	13-14	8	13	9
13-16	10	-	-	-	-	15-16	9	14-20	10
					17-24	10	-	-	

Los valores sten que aparecen en decimales, son más justos, pero pueden llevarse al número entero, mayor, siguiente. Ejemplo 2.5 igual a 3

Tabla 10.6. Interpretación psicológica de los niveles sten

Sten		interpretaciones
10	Ansiedad muy elevada	Anotación neurótica ansiosa.
9	Ansiedad elevada	Necesidades de asesoramiento o psicoterapia.
8	Anotación neurótica promedio	-
7	Neuróticos de ansiedad inferior	
6		
5		
4	-	Esencialmente normales en lo que a la ansiedad se refiere
3	Posiblemente perezosos	Capaces de tolerar ocupaciones
2	y sub-motivados	con muchas crisis recurrentes y tensiones
1		

MODELO DE AUTOANALISIS
R. B. Cattell

Nombre:_____
Sexo:_____ Edad_____Escolaridad_____ Ocupación_____

Instrucciones: En este folleto encontrará cuarenta preguntas en relación con las dificultades por las que pasan las mayoría de las personas en algún momento de la vida. Si usted marca SI, NO, etc., con franqueza y sinceridad, ayudará a comprender cualquier problema que usted tenga.

Comience con los dos problemas que están debajo para practicar. Marcando con una cruz en cualquiera de las casillas de abajo, permite conocer si la pregunta está de acuerdo con su modo de ser, o no, en qué forma, etc. Lea ahora las preguntas y marque sus respuestas.

Autoanálisis de Cattell

Puntaje	Ansiedad	Q3	C-	L	O	Q4	T
BRUTO	Latente Manifiesta L + M						
Corrección totales							
STENS	Latente Manifiesta L + M						

S	Q3	C-	L	O	Q4	T
10						
9						
8						
7						
6						
5						
4						
3						
2						
1						
0						

Diagnóstico:
Observación:

10.5. Inventario ansiedad Beck

Nombre de la prueba: Inventario de Ansiedad
Autor: A. T. Beck, 1988
Administración: Autoaplicado
Objetivo: Valorar la severidad de los síntomas de ansiedad, y discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión.

Descripción: El Inventario de Ansiedad de Beck, está compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, según los criterios diagnósticos del DSM-IV. No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad, ni entre depresión y ansiedad, lo que limita su uso, no obstante, los aspectos que mide la prueba han demostrado ser sensibles al cambio tras el tratamiento, por lo que es un instrumento útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, posterior al tratamiento.

La prueba fue validada en pacientes con trastornos de pánico, no debe considerarse una medida específica de ansiedad generalizada. Según los autores, el inventario debe ser utilizado acompañado por otros cuestionarios como el inventario de Depresión de Beck y las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton. En un análisis comparativo realizado por Piotrowski, 1999, encontró es el tercer test más utilizado para valorar ansiedad.

Orientaciones al examinador: Se procede de igual forma que al comienzo de todo test. Es importante señalar al sujeto que los síntomas que aparecen en la prueba hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Calificación: Cada ítem se puntúa de 0 a 3, de la siguiente manera
0 = en absoluto
1 = Levemente, no me molesta mucho
2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
3 = Severamente, casi no podía soportarlo

La puntuación total es la suma de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación).

El rango de la escala es de 0 a 63.

La puntuación media en pacientes con ansiedad es 25,7 (DE 11,4)

Se propone punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Sujetos sin patología obtiene una puntuación media de 13,4 con una DE 8,9.

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Nombre _____ Fecha _____

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se *corresponda:*

0 = en absoluto
1 = Levemente, no me molesta mucho
2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueos o entumecimiento				

10.6. Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)

Caracterización de la prueba

Nombre: Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)
Autores: Martín M, Grau JA, Ramírez V y Grau R.
Duración: 15 minutos
Aplicación: personas mayores de 15 años
Significación: El IDERE permite obtener el grado de depresión como estado y el grado de depresión personal .
Tipificación: Adultos, supuestamente sanos, con diferentes grados de depresión personal, pacientes psiquiátricos y enfermos crónicos.
Descripción: El IDERE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable).

La escala que evalúa la depresión como estado permite identificar, de manera rápida, a las personas que tienen síntomas depresivos, así como sentimientos de tristeza reactivos a situaciones de pérdida o amenaza, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad. Tiene 20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. La mitad de estos ítems por su contenido, son positivos en los estados depresivos, mientras que la otra mitad son ítems antagónicos con la depresión. El sujeto debe seleccionar la alternativa que mejor describe su estado en ese momento y tiene cuatro opciones de respuesta: No, en lo absoluto (que vale 1 punto), Un poco (vale 2 puntos), Bastante (vale 3 puntos) y Mucho (vale 4 puntos).

La escala de depresión como rasgo permite identificar a los pacientes que tienen propensión a sufrir estados depresivos y además ofrece información sobre la estabilidad de estos síntomas. Consta de 22 ítems que también, adquieren valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuesta son: casi nunca (que vale 1 punto), algunas veces (vale 2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos).

Los valores oscilan entre 20 y 80 puntos para la escala estado y 20 y 88 puntos para la escala rasgo.

Material de la prueba:

- Cuadernillo de aplicación
- Hojas de respuesta
- Plantillas de calificación
- Manual de aplicación

Calificación: Los ítems pueden tomar valores de 1 a 4 puntos. Para la escala estado, se otorga 1 punto a la respuesta No, en lo absoluto; 2 a la respuesta Un poco; 3 a la respuesta Bastante y 4 puntos a la respuesta Mucho. Diez ítems son positivos con respecto a la depresión actual, mientras que los otros 10 son contradictorios.

Para la calificación se debe obtener la sumatoria de los ítems positivos de depresión y la sumatoria de los ítems negativos de depresión. A la diferencia entre ambos subtotales se le suma el valor 50, que fue obtenido de los análisis estadísticos efectuados para la construcción, con el fin de estandarizar las puntuaciones.

La cifra obtenida es el grado de depresión actual y se considera baja si es menor o igual a 34, media si está entre 35 y 42 y alta si es mayor de 42. Más adelante, se explica con mayor detalle, el proceso de calificación.

Para la calificación de la escala rasgo se procede de manera similar, aunque los puntos de corte son diferentes.

Interpretación: Tanto la depresión estado como la depresión rasgo se califican en tres niveles: bajo, medio y alto. De valor clínico son las puntuaciones que se catalogan como altas. Las cifras que están cercanas a los puntos de corte pueden resultar de interés, pero realmente tienen valor diagnóstico los valores superiores a 50.

Altos niveles de depresión como estado no necesariamente indican que la persona tenga un trastorno depresivo, pues es frecuente encontrarlos en personas con enfermedades crónicas o en personas que están atravesando por una situación estresante o que han sufrido una pérdida reciente, como el caso de las reacciones de duelo. Es recomendable que las personas que obtengan valores altos en el IDERE-E sean valoradas en consulta médica o psicológica para precisar el diagnóstico.

Los valores altos en el IDERE-R indican que la persona tiene tendencia a sufrir estados depresivos como respuesta a situaciones estresantes. Son frecuentes en personas que han padecido un trastorno depresivo y en sujetos neuróticos.

Áreas de aplicación: El IDERE se ha diseñado básicamente para su aplicación en los ámbitos clínicos, tanto en enfermos crónicos, en pacientes psiquiátricos, etc. No obstante, también puede utilizarse en cualquier otra área en la que se quiera identificar rápidamente a personas con síntomas depresivos (IDERE-E) o a personas con propensión a la depresión (IDERE-R), en este sentido, puede resultar útil en tareas de selección y evaluación de personal, tal y como se ha visto en los estudios sobre Burnout en profesionales de la salud, así como en contextos educativos.

Resulta particularmente útil para la evaluación de ancianos y personas con enfermedades crónicas, pues la escala estado permite identificar

estados de tristeza que no se estructuran en una depresión clínica, pero que provocan graves limitaciones y afectan la calidad de vida del paciente.

Calificación IDERE:

D. Estado

1+2+6+8+9+10+13+15+18+20= A
3+4+5+7+11+12+14+16+17+19= B
(A-B)+50=
___ Alto (> = 43)
___ Medio (35-42)
___ Bajo (< = 34)

D. Rasgo

1+3+5+7+8+11+14+16+17+20+22 =A
2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21=B
(A-B)+50=
___ Alto (> = 47)
___ Medio (36-46)
___ Bajo (< = 35)

IDERE
(INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO - ESTADO)
Grau, Martín, Ramírez, 1989

Nombre:_____
Edad:_____ Fecha:_____

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta ahora mismo, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, ahora.

No, en absoluto —1
Un poco —2
Bastante —3
Mucho —4

Primera Parte

IDERE
(INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO - ESTADO)
Grau, Martín, Ramírez, 1989

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted generalmente. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, generalmente.

Casi nunca — 1
Algunas veces — 2
Frecuentemente — 3
Casi siempre — 4

Segunda Parte

IDARE

Hoja de Respuesta

Nombre:_____ **Fecha:**_____

ESTADO					RASGO				
	No	**Un poco**	**Bastante**	**Mucho**		**Casi Nunca**	**Algunas veces**	**Frecuen-temente**	**Casi siempre**
1.					1.				
2.					2.				
3.					3.				
4.					4.				
5.					5.				
6.					6.				
7.					7.				
8.					8.				
9.					9.				
10.					10.				
11.					11.				
12.					12.				
13.					13.				
14.					14.				
15.					15.				
16.					16.				
17.					17.				
18.					18.				
19.					19.				
20.					20.				
					21.				
					22.				

10.7 Inventario de Depresión de Beck

Caracterización de la prueba

Título: Inventario de Depresión (BDI)

Autores: Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J.

Descripción: El Inventario de Depresión, más conocido por Inventario de Beck debido a su creador Aaron T. Beck y colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la misma.

Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo a esta perspectiva teórica, las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario (*Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J., 1961; Beck AT, Steer RA y Garbin ME, 1988*).

El Inventario de Depresión de Beck se ha popularizado para evaluar la depresión, dada su bien demostrada confiabilidad y validez y es uno de los instrumentos más utilizados en nuestro país. Lamentablemente, su introducción en la asistencia no estuvo precedida del necesario proceso de validación, trabajo que fue acometido en la década del 90 por la Lic. Isabel Louro y un equipo de investigadores de la Maestría en Psicología de la Salud (*Lugo, Louro y Ballarre, 1996*).

El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. El sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales. El inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, pero la que se ha popularizado en la asistencia y la investigación es la de 21 ítems.

Aplicación: Se utiliza en adultos, preferentemente de forma autoadministrada, siendo el tiempo promedio de realización 20 minutos. Puede aplicarse también a manera de entrevista (de hecho, su autor inicialmente lo concibió un instrumento heteroaplicado), lo que incrementa el rango de sujetos que pueden ser evaluados. Con esta modalidad se ha aplicado con éxito en pacientes ancianos con deterioro cognitivo leve, enfermos crónicos, pacientes quirúrgicos, etc.

Los psicometristas con experiencias en la aplicación del BDI reportan que, de manera heteroaplicada, puede elicitar reacciones emocionales intensas (llanto, tristeza) en personas que aunque no necesariamente tengan una depresión clínica, están confrontando situaciones estresantes o pérdidas.[8]

Corrección e Interpretación: Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada

[8] Esta información proviene de los usos racionales sobre técnicas para la evaluación de la ansiedad y la depresión que se realizaron entre 1990 y 1993 a instancias del Grupo Nacional de Psicología del MINSAP y el CENAPETS, impartidos por la autora.

en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severo.

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos.
- Depresión leve: puntuación media de 18,7.
- Depresión moderada: puntuación media de 25,4.
- Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

Las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems se pueden reflejar en un perfil que permite visualizar las dimensiones más afectadas .

A pesar de las bondades de este instrumento, deben tenerse precauciones a la hora de su interpretación en pacientes con enfermedades crónicas y dolor, ya que ha sido cuestionada su utilidad para diagnosticar la depresión en pacientes con enfermedades crónicas (*Martín, 2002*). Hay escaso acuerdo con respecto a cual debe ser el punto de corte apropiado para identificar depresión clínica en pacientes con enfermedades crónicas. Algunos autores señalan que puede hablarse de depresión cuando el paciente obtiene puntuaciones superiores a 9 (*Rodin, 1991*); superior a 13 (*Salkind, 1989*) o mayor que 17 (*Moffick, 1986*).

Puede plantearse que las puntuaciones altas correspondientes al diagnóstico de depresión moderada y grave son de interés clínico, no así las que se corresponden con depresión leve (*Martín, 2002*). De hecho, *Radloff (1977)* encontró que alrededor del 20% de la población sana y el 70% de la población de pacientes psiquiátricos obtenían este diagnóstico en el BDI. Lugo y cols. (1996) en un grupo de sujetos cubanos supuestamente no deprimidos, encontraron que la Media de la puntuación era de 20.2 con una desviación típica de 7.07. Por lo tanto, creemos que la utilidad diagnóstica del BDI va en tres direcciones:

1ro. Porque permite identificar la naturaleza de los síntomas depresivos más importantes que tiene el paciente.

2do. En los casos de puntuaciones altas (depresión moderada y media) puede indicar la presencia de una depresión clínica, que deberá ser corroborada con otros procedimientos diagnósticos, ya que hay consenso de que el BDI no permite identificar trastornos como la depresión mayor o la distimia (*Beck AT, Steer RA y Garbin ME, 1988*).

3ro. Porque permite evaluar los efectos de los tratamientos, ya que la prueba puede aplicarse varias veces al mismo sujeto. De hecho, el propio Beck ilustra estudios de casos en que se utilizan aplicaciones sucesivas del BDI para evaluar los efectos de su terapia coginitiva (*Beck, 1989*)

Tabla 10.7. Guía de calificación para hacer la clave calada.
Inventario de Depresión de Beck

	Calificación	Gráfico				
		0	1	2	3	
1 0 1 2 2 3 - A B C D E						Estado de animo
2 0 1 2 2 - - A B C D						Pesimismo
3 0 1 2 2 3 - A B C D E						Fracaso
4 0 1 1 2 3 - A B C D E						Descontento
5 0 1 2 2 3 - A B C D E						Sentimiento de culpa
6 0 1 2 3 3 - A B C D E						Necesidades
7 0 1 1 2 3 - A B C D E						Odio a sí mismo
8 0 1 2 2 - A B C D	-					Auto acusación
9 0 1 2 2 2 3 A B C D E F						Impulso suicida
10 0 1 2 3 - - A B C D						Llanto
11 0 1 2 3 - A B C D	-					Irritabilidad
12 0 1 2 3 - - A B C D						Aislamiento social
13 0 1 2 3 - - A B C D						Incapacidad de decidir
14 0 1 1 3 3 - A B C D E						Imagen corporal
15 0 1 2 3 - A B C D	-					Incapacidad para el trabajo
16 0 1 2 3 - A B C D	-					Trastorno en el sueño
17 0 1 3 - A B C D	-					Fatigabilidad
18 0 1 2 3 - A B C D	-					Pérdida de afecto
19 0 1 2 3 - A B C D	-					Pérdida de peso
20 0 1 2 3 - A B C D	-					Hipocondría
21 0 1 2 3 - A B C D	-					Pérdida de la libido

HOJA DE RESPUESTA. BECK

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

RESPUESTAS:

1.	A	B	C	D	E	
2.	A	B	C			
3.	A	B	C	D	E	
4.	A	B	C	D	E	
5.	A	B	C	D	E	
6.	A	B	C	D	E	
7.	A	B	C	D	E	
8.	A	B	C	D		
9.	A	B	C	D	E	F
10.	A	B	C	D		
11.	A	B	C	D		
12.	A	B	C	D		
13.	A	B	C	D		
14.	A	B	C	D		
15.	A	B	C	D	E	
16.	A	B	C	D		
17.	A	B	C	D		
18.	A	B	C	D		
19.	A	B	C	D		
20.	A	B	C	D		
21.	A	B	C	D		

HOJA DE CALIFICACIÓN Y PERFIL.
Inventario de Depresión de BECK

Nombre: _____Edad: ____ Fecha: _____

DIMENSION	1	2	3
1. Estado de ánimo			
2. Pesimismo			
3. Fracaso			
4. Descontento			
5. Sentimientos de culpa			
6. Necesidad de castigo			
7. Odio a sí mismo			
8. Autoacusaciones			
9. Impulsos suicidas			
10. Llanto			
11. Irritabilidad			
12. Aislamiento social			
13. Incapacidad de decisión			
14. Imagen corporal			
15. Incapacidad para el trabajo			
16. Trastornos de sueño			
17. Fatigabilidad			
18. Pérdida del apetito			
19. Pérdida de peso			
20. Hipocondría			
21. Pérdida de libido			

Muy bajo (0-4)___
No dep. (5-12)___
Dep. Leve (13-20)__
Dep. Moderada (21-25)___
Dep. severa (más de 26)__
Puntuación_____ Diagnóstico:_____

Inventario de depresión de Beck

Nombre_____Edad_____Sexo_____

A continuación aparece un grupo de alternativas con una letra delante de cada una. Estas alternativas están agrupadas por números. Usted debe escoger una de ellas, es decir, solo una letra, por cada número .

10.8. Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D)

Martín M
(Cortesía del Dr. Antonio Riquelme, profesor del Departamento de Personalidad, Evaluación y tratamientos Psicológicos de la Universidad de Murcia)

Descripción: La Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D) fue desarrollada para su uso en estudios epidemiológicos en población general. La selección de ítems se realizó a partir de diversas fuentes (Escala de Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Raskin, etc.), y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático.

Es un cuestionario de 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia y/o intensidad de la presentación de cada ítem. Ha sido traducido y validado en España por Soler J. y cols. (1997), si bien esta validación se realizó en población clínica, sin que se disponga de estudios de validación en población general.

La forma de aplicación es autoadministrada, debiendo seleccionar el paciente la respuesta que mejor refleje su situación en la semana previa. Los ítems están formulados en sentido negativo, excepto cuatro de ellos que lo están en sentido positivo, con el fin de controlar el sesgo de res-

puesta. El paciente cuantifica la frecuencia y/o intensidad de los síntomas utilizando una escala de Likert de 4 puntos.

Se ha desarrollado también una versión abreviada de 10 ítems, con respuesta dicotómica (presente / ausente).

Actualmente se está trabajando en la validación del CES-D en población cubana

Interpretación: La escala de Likert de cada ítem puntúa de 0 a 3 para los de sentido negativo, y de 3 a 0 para los de sentido positivo (ítem 4, 8, 12, 16); el rango de puntuación es de 0 – 60 puntos. El punto de corte usualmente utilizado es > 16).

En la versión abreviada de 10 ítems, cada ítem puntúa 0-1, con un rango de puntuación de 0-10. El punto de corte utilizado es > 4).

El CES-D no es una escala destinada a la evaluación de la severidad de cuadros depresivos ni una herramienta diagnóstica, sino un instrumento de screning orientado a la detección de casos, con rendimientos similares a los de otras escalas de este tipo (Escala de Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck). La presencia de patología psiquiátrica no depresiva (trastorno de ansiedad, abuso de drogas, fobias, pánico, trastornos de somatización), aumenta el número de falsos positivos.

Propiedades Psicométricas:

Fiabilidad: La consistencia interna de la escala es notable, obteniendo valores elevados del alfa de Crombach, tanto en muestras poblacionales (en torno a 0,85), como en muestras clínicas (0,90). En el análisis del valor de alfa, ítem por ítem, la escala se comporta de forma homogénea y no aparecen ítems irrelevantes. La fiabilidad test-retest, con intervalos entre 2 y 8 semanas, es moderada (r = 0,51-0,67).

Validez: La correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión es entre moderada y alta. Así, en el estudio de validación de la versión en castellano, realizado en una muestra de pacientes con trastornos afectivos, la CES-D obtuvo un coeficiente de correlación (r) de 0,89 con el Inventario de Depresión de Beck y de 0,69 con la Escala de Depresión de Hamilton.

Los estudios sobre su validez predictiva ofrecen resultados variables en función de la población estudiada. En un estudio comunitario, Roberts RE (1983) obtiene, utilizando como punto de corte el valor de > 16, una sensibilidad del 60 % y una especificidad del 83,4 %; cifras similares a las obtenidas por Myers JK (1980), también con una muestra de población general (sensibilidad 64 %, especificidad 94 %). En pacientes médicos, la sensibilidad es algo mayor con una ligera reducción de la especificidad; así, Fechner-Bates S (1994) obtiene, en una muestra de población consultante de atención primaria, utilizando el mismo punto de corte, una sensibilidad de 79,5 % y una especificidad de 71.1 %.

CES – D

Nombre_____Edad_____Sexo_____

Indique por favor, en qué medida se ha sentido así durante la semana pasada.

0 Nunca / 1Casi nunca / 2 Con frecuencia / 3 Todo o casi todo el tiempo

	Nunca	Casi nunca	Con frecuencia	todo o casi todo el tiempo

10.9. Autoescala de Depresión de Zung y Conde

La Autoescala de Depresión de Zung, data de 1965; la versión que se estudia en este acápite corresponde a la adaptación realizada por Zung y Conde, 1969; es un cuestionario de 20 ítems, los cuales investigan la frecuencia de aparición, en un sujeto, de tristeza, desesperanza, llantos, autocastigos, insatisfacciones, rumiación suicida, irritabilidad, indecisión, sueño, fatiga física, pérdida de peso, de apetito, estreñimiento, taquicardia, sexo, variación diurna, ralentización.

Orientaciones al examinador: Después del tiempo para el llenado de los datos generales, orientar al sujeto que se encuentra ante una prueba que tiene 20 situaciones, que debe evaluar una a una en relación a la frecuencia en que eso le ocurre a él.

Para evaluar con qué frecuencia esto le ocurre debe guiarse por los criterios de clasificación que aparecen al comienzo de cada columna de respuesta.

Es decir esta situación me ocurre a mí
"Muy pocas veces o no me ocurre";
"algunas veces";
"muchas veces"
"siempre me ocurre"

Tabla 10.8. de Calificación. Test de Depresión de Zung-Conde

Diagnóstico	Anotación
No Depresión	20-33
Depresión leve	34-40
Depresión moderada 41-54	41-47 Depresión neurótica media
	48-54 Depresión neurótica alta
Depresión severa	55-80

PRUEBA DE ZUNG Y CONDE

Nombre_____Edad___Sexo___

Instrucciones: Debajo aparecen diversas situaciones que le ocurren a las personas. Lea cada una y responda con qué frecuencia esto le ocurre a usted.

Observe que a la derecha aparecen cuatro columnas encabezadas con la frecuencia en que estas situaciones pueden ocurrir. “Muy pocas veces o no me ocurre”; “algunas veces”; “muchas veces” o “siempre me ocurre”

Para señalar su respuesta debe encerrar en un círculo el número que aparece en la misma fila de la situación que está analizando y debajo de la alternativa que usted escoja. Es decir, esta situación me ocurre a mí:

“Muy pocas veces o no me ocurre”;
“algunas veces”;
“muchas veces”
“siempre me ocurre”

Ahora puede comenzar.

	Ausente Muy débil Muy pocas veces o no	Débil mediano Algunas veces	Moderado intenso Muchas veces	Muy intensa Siempre

Bibliografía

Alonso, A. *Psicodiagnóstico*, Editorial Félix Varela La Habana, 2003.

American Psychiatric Association: *Handbook of Psychiatric Measures*, Washington, 2000.

Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures, American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.

Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales, Fundación Universidad-Empresa, Madrid, 1995

Beck AT, CH Ward, M Mendelson, J Mock y J. Erbauhg: *An inventory for measuring depression*, Arch.Gener.Psychtr.4, 53-63.

Beck, A.T.: *Depression: clinical, theoretical and experimental aspects*, Hoeber Med. Div New York: Harper & Row,1967.

Beck AT, Steer RA y Garbin ME. (1988): Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. Clin. Psychol. Rev., 8, 77-100.

Beck, AT.: *Terapia cognitiva de la depresión*, Valencia: Promolibro, 1989.

Boyd, JH; MM, Weissman WD,Thompson et al. Screening for depression in a community sample: undersatanding the discrepancies between depression symptom and diagnostic scales. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 1195-1200.

Cañizares, M., L., Rodríguez J. Grau: *Estudio de los mecanismos compensatorios de la personalidad en diferentes formas de ansiedad,* Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad Central, 1987.

Castellanos, B., J. A.Grau y M. Martín: *Caracterización de la ansiedad personal presente en la personalidad premórbida de pacientes con TTS y neurosis de ansiedad*, Trabajo de Diploma, Facultad de Psicología, Universidad Central de las Villas, 1986.

Comeche, MI., MI., Díaz, MA.Vellejo: *Cuestionarios, Inventarios y Escalas.*

Estrada, J, D Portero: *Las contradicciones como mecanismos motrices de la ansiedad situacional*, Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad Central,1991.

Fechner-Bates, S., JC. Coyne, TL. Schwenk: *The relationship of self-reported distress to depressive disorders and other psychopathology*, J Consult Clin Psychol 1994; 62: 550-559.

Fernádez Ballesteros, R.: *Introducción a la evaluación psicológica*, Ed. Pirámide, Madrid, 2001, 2003.

Franco, A. M. Martín, J. Grau: *Las contradicciones internas de la personalidad en la génesis de los estados de tensión emocional*, Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana, 1992.

González, C. M. Martín, J. Grau: *Ansiedad y personalidad en la clasificación diagnóstica psicológica de la disfunción sexual eréctil*, Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad Central, 1989.

Grau, JA.: *Aspectos psicológicos de la Ansiedad patológica*, Tesis doctoral, Universidad Lomonosov, 1982.

Grau, J., M. Martín, D. Portero: *El sistema CUBANSIOPAT para el diagnóstico de las formas patológicas y no patológicas de ansiedad*, Ponencia al XXIII Congreso Interamericano de Psicología, San José, Costa Rica, julio de 1991.

Grau, J. A. y M. Martín: *Estrés, ansiedad, personalidad*, Resultados de las investigaciones cubanas realizadas con el enfoque personal. Rev. Interamericana de Psicología 27 (1) 37-58, 1993.

Guimarais, E., J. Grau, M. Martín: *Las contradicciones internas de la personalidad como mecanismos motrices de los estados patológicos y no patológicos de ansiedad*, Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad Central, 1992.

Hernández, E., J. Grau: *Estrés, capacidad de trabajo intelectual y autovaloración personal en pacientes tributarios de cirugía cardiaca con circulación extracorpórea*, Ponencia al IV Congreso Nacional de Psicología de la Salud (PSICOLOGIA'89), 1989.

Hernández, V., J. García, D. Portero: *Estrés emocional en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas y métodos cruentos de diagnóstico*, Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad Central, 1990.

Hervé, Caci, Franck J. Baylé; Christelle Dossios; Philippe Robert; Patrice Boyer. *The Spielberger trait anxiety inventory measures more than anxiety European Psychiatry.* 2003;18(8):394-400

Kohout, FJ. LF. Berkman, DA. Evans, J. Cornoni-Huntley: *Two shorter forms of the CES-D depression symptoms index*, J Aging Health 1993; 5: 179-193.

Lugo, J. I. Louro y M. Bayarre: *Validación del Inventario de depresión de Beck. resultados preliminares*, Trabajo para la obtención del título de Mster en Psicología de la Salud. Facultad de salud Pública, ISCMH, 1996.

Manual de la Escala de Cattell para la determinación de la ansiedad. Rev. Hospital Psiquiátrico de La Habana. 1974

Márquez, J., E. Hernández: *Estrés, capacidad de trabajo intelectual y mecanismos de autorregulación personal en pacientes cardiovasculares quirúrgicos*, Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad Central, 1987.

Martín, M., JA. Grau, R. Grau: *EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO-ESTADO (IDERE): DESARROLLO DE UNA VERSIÓN CUBANA*, Rev Terapia Psicológica 3 (2), ene. 2002.

Martín, M., JA. Grau, V. Ramírez y R. Grau: *El Inventario de Depresión Rasgo-Estado. Desarrollo y posibilidades*, Rev. Psicología.com 5(1), ene.2001.

Martín, M: *La evaluación psicológica del dolor. Estrategias para nuestro medio*, Tesis doctoral, ISCMH, 2002.

Martín M, Grau J (1993a). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. Rev. Psicología y Salud de la Universidad Veracruzana, enero-junio, 137-149.

Martín, M., J. Grau (1993b). Grau JA, Martín M y otros: *La Psicología en los programas de atención a los enfermos crónicos*, II Congreso Colombiano de Psicología de la Salud, octubre 1993.

Mitjans, A., J. Grau, M. Martín: *Estudio del cuadro vivencial en pacientes con amenaza vital*, Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana, 1987.

Moffick, HS y ES. Paykel: *Psychiatric disorders in the general hospital*, Brit.J.of Psychiatry 1986, 149:172-190

Mulrow, CD, JW. Williams, Gerety MB et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. Ann Intern Med 1995; 122: 913-921.

Myers, JK., MM. Weissman: *Use of a self-report scale to detect depression in a community sample*, Am J Psychiatry 1980; 137 1081-1084.

Portero, D: *Algunas consideraciones sobre las situaciones que comúnmente generan ansiedad patológica y su relación con la ansiedad personal*, Boletín de Psicología del Hospital Psiquiátrico de la Habana, 3(X), septiembre / diciembre, 1987.

Portero, D: *Las contradicciones internas de la personalidad en la determinación de los estados patológicos y no patológicos de ansiedad*, Tesis doctoral, Facultad de Psicología de la Universidad Central, Referat publicado por la UCLV, 1996.

Pupo, O., M., Martín, ML. López: *Ansiedad personal y calidad de la ejecución en sujetos normales y con disfunción sexual eréctil,* Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad Central, 1989.

Radloff, LS., Z. Locke: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), En: American Psychiatric Association, *Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures*. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.

Radloff, L. *The CES-D scale: a self-report depression sacle for rearch in the general population*, Applied Psychol, Measurment 1977, (1):385-401.

Roberts, RE., Vernon SW: *The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: its use in a community sample*, Am J Psychiatry 1983; 140: 41-46.
Rodin, L., J. Craven y C. Littlefield: *Depression in the medically ill*, New York: Brunner/ Magel, 1991.
Salkind, MR.: *BDI Depression Inventory in general practice*, J. Of the Royal College of Gen.Pract., 1989, 18:267-271
Seligman, M.: *Indenfensión*, Madrid: Debate, 1981.
Soler, J., V. Pérez-Sola, D. Puigdemont, J. Pérez-Blanco, M. Figueres, E. Alvarez *Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depresion (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos*, Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1997; 25: 243-249.
Spielberger, CD, H. Carretero-Dios, M. De los Santos-Roig, G. Buela-Casal (2002b): *Spanish development version of the state-trait depression questionnaire (ST-DEP): State subescale (S-DEP)*, Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2(1), 71-89.
Spielberger, CD, RL. Gorsuch, RE. Lushene, Díaz Guerrero: *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual*, 2.ª Ed. Madrid: TEA Ediciones,1966.
Trull, TJ., EJ. Phares: *Psicología Clínica*, México DF: Thompson, 2003.
Williams, JW., P. Hitchcock, JA. Cordes, G. Ramírez, M. Pignone: *Is this patient clinically depressed*?, JAMA 2002; 287: 1160-1170.

PARTE V

Instrumentos de medición para el estudio del estrés y el afrontamiento

Capítulo 11

Instrumentos para el estudio del estrés y el afrontamiento

11.1. Introducción

Problemas actuales en la evaluación del estrés, el afrontamiento y el apoyo social en el ejercicio práctico de la Psicología de la Salud.

Marta Martín
Jorge A. Grau Abalo

Desde que Hans Selye (1956) introdujo en el ámbito de la salud en la década del 20 al 30, el término "stress", éste se ha convertido en uno de los términos más utilizados por los diferentes profesionales de la salud, y también en el lenguaje coloquial del hombre en su vida cotidiana. La confusión y ambigüedad existente sobre la palabra estrés fue adecuadamente presentada por H. Selye en su libro *Stress without distress (1974): "La palabra estrés, al igual que "éxito", "fracaso" o "felicidad", significan diferentes cosas para diferente gente de tal manera que su definición es muy difícil. El hombre de negocios, quien se encuentra bajo gran presión por parte de sus clientes y empleados, el controlador de tráfico aéreo quien sabe que un momento de distracción puede costar la muerte de centenares de personas, el atleta que quiere ganar una competencia, y el esposo que desesperanzadamente ve a su esposa morir lenta y dolorosamente de cáncer, todos ellos sufren de estrés."*[9]

Aunque no tan populares como el término estrés, los conceptos de afrontamiento y apoyo social, también reciben atención creciente de los psicólogos y otros profesionales de la salud. Tanto el afrontamiento, como el apoyo social, han cobrado esta importancia, en gran medida, por su vinculación con el tema del estrés; y también están marcados por la impronta de la confusión conceptual y de problemas metodológicos en su evaluación.

[9] Selye, H.: Stress withoot distress, p.

La acepción e investigaciones del estrés han ido en tres direcciones fundamentales, conformando los tres grandes enfoques en el estudio del estrés (Grau, Martín, Portero, 1993):

1. El estrés como respuesta psicobiológica del organismo, en el cual están enmarcadas desde las concepciones tradicionales de Selye, hasta las concepciones y resultados de la Psiconeuroinmunología contemporánea.
2. El estrés como estímulo, visto como un agente o acontecimiento vital. Este enfoque ha dado lugar a la teoría de los eventos vitales y resalta, en su forma más pura, el carácter agresivo de la situación estresante, así como el papel de los factores sociales en el estrés y particularmente, del apoyo social como "amortiguador" o modulador.
3. El estrés como un proceso de transacción entre el individuo y el medio, mediado por diferentes variables de carácter cognitivo-conductual y personal. En este tercer enfoque caben los trabajos de Lazarus y los actuales modelos transaccionales que resaltan el papel de los moduladores psicosociales, entre los que se destaca el afrontamiento.

Para comprender algunos de los problemas actuales en la evaluación del estrés será necesario que primero revisemos brevemente estos enfoques, por cuanto cada uno de ellos propone determinados procedimientos para la medición del estrés.

La concepción del estrés como respuesta psicobiológica

Fue precisamente Selye quien generó, inicialmente, un modelo biológico del estrés. Plantea que la respuesta de estrés consiste en un importante aumento de la activación fisiológica y cognitiva, así como en la preparación del organismo para una intensa actividad motora. Estas respuestas fisiológicas favorecen una mejora en la percepción de la situación y sus demandas, un procesamiento más rápido y potente de la información disponible, una mejor búsqueda de soluciones y selección de las conductas adecuadas para hacer frente a las demandas de la situación estresora, y preparan al organismo para actuar de forma más rápida y vigorosa ante las posibles exigencias de la situación. La sobreactivación a estos tres niveles (fisiológico, cognitivo y motor) es eficaz hasta cierto límite, pero superado éste tienen un efecto más bien desorganizador del comportamiento; en especial, cuando a pesar de esa sobreactivación, no se encuentra la conducta adecuada para hacer frente a la situación (Labrador, 1995).

Selye describe el estrés como un sistema de fases. Él identificó tres fases en la respuesta fisiológica al estrés: 1) fase de alarma, 2) fase de

resistencia, y, 3) fase de agotamiento. El organismo se alerta (reacción de alarma), se desencadena la actividad autónoma (etapa de resistencia) y si esta actividad dura demasiado, se produce el daño y ocurre el colapso (fase de agotamiento). En forma de diagrama, estas fases componentes del Síndrome General de Adaptación se muestran como sigue:

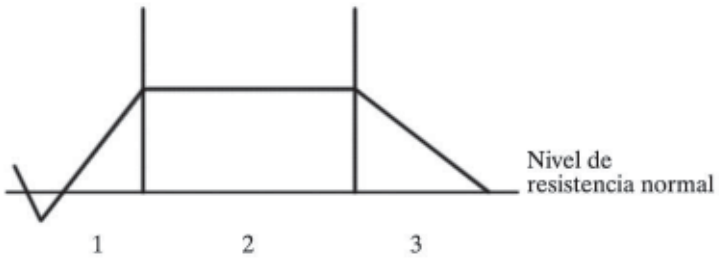


Fig. 11.1. Fases del Síndrome General de Adaptación.

El pequeño descenso durante la fase 1 (reacción de alarma) indica que en la primera exposición a un estresor, la resistencia fisiológica en realidad disminuye un poco, mientras el organismo reúne sus fuerzas para la resistencia. La duración de la fase 2 (resistencia) depende mucho de la fuerza y la capacidad del individuo, pero si continúa obligadamente por mucho tiempo, la fase 3 (agotamiento) se presentará invariablemente. Este modelo se ha utilizado también para intentar explicar los aspectos psicológicos.

Es bien conocido que los sistemas del organismo implicados en la respuesta de estrés son el sistema nervioso (central y neurovegetativo) y el sistema endocrino (con particular acción de las glándulas suprarrenales: corteza y médula, quienes segregan las llamadas "hormonas de adaptación" u "hormonas del estrés", que preparan las reacciones fisiológicas de "ataque-huida"). Las catecolaminas ejercen una acción preferentemente general, a distancia, por el torrente sanguíneo (adrenalina), o local (noradrenalina), a nivel de las terminaciones nerviosas del Sistema Neurovegetativo, en la médula suprarrenal y en el tronco encefálico ascendente y descendente; ambas tienen una importancia crucial en la conducta afectivo-emocional y el grado de alerta, asociadas a conductas corporales (Alvarez. 1987).

Particular interés ha tenido en los últimos años, la investigación psiconeuroinmunológica, que se basa, precisamente, en el estudio del efecto del estrés en el funcionamiento del sistema inmunológico. Desde las primeras referencias de vínculos entre cerebro y sistema inmune,

[10] Labrado. F.J.: El estrés. Nuevas técnicas para su control, p.

correspondientes a Metalnikov y Chorine, en 1926 (cit. por Pennebaker, 1995), con sus famosos experimentos de condicionamiento clásico en conejos que aumentaban sus anticuerpos con el sonido de una trompeta, una serie de autores se ha dedicado a poner de manifiesto la relevancia del estudio de los eslabones psiconeuroinmunológicos (Kielcolt-Glaser y Glaser, 1992; Schwartz, 1994; Terr, 1995; Domínguez, 1998; Bayés, 1991, entre otros). Hoy en día se reconoce que determinados estresores (pérdida por muerte de la pareja, ruptura y problemas maritales, realización de exámenes) pueden cambiar el patrón de funcionamiento de marcadores inmunológicos corno los linfocitos T, las células NK, las inmunoglobulinas, la eritrosedimentación y el factor reumatoideo, los anticuerpos al virus Epstein-Bahr y la reacción de tuberculina, entre otros.

Es lógico que estos hallazgos hayan generado la tentación de evaluar el estrés a través de indicadores fisiológicos, lo que aparentemente le daría "fortaleza" al diagnóstico. Sin embargo, es bien conocido que los parámetros fisiológicos, especialmente aquellos asociados a la respuesta de estrés, como la tensión arterial, la temperatura corporal y otras reacciones psicofisiológicas, sufren importantes fluctuaciones a lo largo de intervalos de tiempo, debidas a los ritmos circadianos, procesos metabólicos y también a la alta variabilidad de respuestas emocionales y cognitivas. Otra de las limitaciones que se debe tener en cuenta es que la activación fisiológica no es uniforme, e incluso activaciones específicas como las del sistema nervioso autónomo, pueden fraccionarse, es decir, pueden afectar a algunos de sus componentes y no a la totalidad. Esto nos lleva a que, en muchas ocasiones, la evaluación de factores fisiológicos frente a factores comportamentales y subjetivos no guardan relación entre sí, ni la activación de todos los sistemas fisiológicos puede ser estimada por la evaluación de un solo sistema (García Fernández - Abascal, Alfonso, 1993) Por estas razones, carece de validez diagnosticar el "nivel de estrés" de una persona sólo a partir de la medición de parámetros fisiológicos, por muy sofisticados que sean los equipos utilizados para ello.

Por otra parte, la evaluación psicofisiológica requiere de equipos y tecnología que generalmente no son accesibles, desde el punto de vista económico, para los centros asistenciales, amén de que su implementación requiere de cambios importantes en la organización de los servicios de salud (mayor tiempo para las consultas, locales apropiados), así como la calificación del personal en el uso de una tecnología que rápidamente se vuelve obsoleta, por el vertiginoso desarrollo de la electrónica, la computación, etc.

Así, a pesar de los intentos que se realizaron en la década de los 80 por incorporar la evaluación psicofisiológica al proceso de

psicodiagnóstico habitual, esta no se ha generalizado (García Fernández - Abascal, Alfonso, 1993), si bien no puede negarse la utilidad que puede tener para la investigación y por qué no, para facilitar la comunicación interdisciplinaria.

La concepción del estrés como estímulos ambientales

El enfoque que se centra en los estímulos otorga importancia central a las situaciones que provocan estrés (estresoras o estresantes). Tuvo su expresión más ferviente en la *teoría de los eventos vitales* (life events), especialmente próspera en los años 60-70, aún cuando posteriormente comenzaron a investigarse una serie de moduladores que mediaban la influencia del estresor y que era lo que daba el carácter de estresante a una situación (*Dohrenwend y Dohrenwend, 1974*). Aunque hoy en día está claro que la condición estresora de un evento depende de muchos factores, esencialmente relacionados con la percepción y otros procesos cognitivos, por los cuales ellos adquieren carácter amenazante o desafiante, siempre es bueno analizar cuáles son las características que comparten las situaciones habitualmente consideradas como estresantes. En este sentido, la investigación ha girado en torno a dos ejes fundamentales: acontecimientos "negativos-positicos", y "excepcionales - cotidianos" (Muñoz, 2002).

El enfoque clásico de los eventos vitales partió de una serie de supuestos: 1) todo cambio vital es de por sí estresante, 2) los eventos vitales han de ser importantes para producir estrés y 3) el estrés psicológico resultante es un factor principal en la aparición de trastornos y enfermedades.

Los estresores son comúnmente clasificados como biogénicos o psicosociales (Everly, 1989). Los primeros son estímulos o situaciones capaces de producir determinados cambios bioquímicos o eléctricos que disparan automáticamente la respuesta de estrés, con independencia de la interpretación que hagamos de la situación: temperatura elevada o ejecución intensa de un ejercicio. Las situaciones psicosociales se convierten en estresantes, a fuerza de la interpretación cognitiva o el significado que se le otorgue por el individuo: hablar en público, discusión con la pareja, etc. Ambos tipos de estresores provienen, tanto de estímulos externos a la propia persona (ruido o luz intensa, conversación desagradable que lo involucra a uno), como de aspectos internos (malestar por una mala digestión, dolor por una herida o sufrimiento por una enfermedad, recuerdo de una situación desagradable, pensamientos de inutilidad o de culpa). Los eventos psicosociales, vinculados a aspectos cognitivos, parecen ser los más frecuentes e importantes en la producción de estrés.

Se ha señalado que tan estresantes pueden ser los eventos positivos o percibidos como agradables, como los aversivos o amenazantes, ya que ambos producen un cambio al que la persona deberá adaptarse. Tener un hijo, prepararse para una cita deseada o lanzarse en paracaídas en práctica deportiva desde un avión, puede ser estresante, aunque difícilmente puedan considerarse estos eventos como aversivos. De hecho, muchas personas desean y llevan a cabo las conductas necesarias para exponerse a dichas situaciones. Parece ser, sin embargo que los efectos de ambas situaciones no son los mismos. Suns y Mullen (1981) han demostrado que no hay relación entre acontecimientos estresantes positivos y trastornos psicofisiológicos, pero sí entre éstos y los acontecimientos aversivos. Kanner y cols (1981) achacan los efectos negativos de las situaciones de estrés en el organismo más que a sus características de novedad, a las de indeseabilidad.

Apartando por ahora el contenido o significado de una situación estresante, se pueden señalar algunas de las características que más comúnmente suelen presentar y que parecen contribuir a la condición estresante de una determinada situación (Labrador, 1995):

- *Cambio o novedad de la situación:* el mero cambio en una situación habitual puede convertirla en amenazante (por ejemplo, regresar a la casa en la noche y escuchar ruidos extraños). Una situación nueva resultará tanto más estresante cuanto mayor sea la asociación que exista entre situaciones anteriores similares a ella y amenazas o daño.
- *Falta de información:* se produce un cambio, no hay información de lo que puede pasar, cuál es la demanda o qué se puede hacer para afrontarlo (por ejemplo, una enfermedad inesperada y de la cual no sabemos nada). Es importante la cantidad de información, no solo en términos absolutos, sino en términos relativos o de predictibilidad.
- *Predictibilidad:* vinculada al grado en que se puede predecir lo que va a ocurrir (por ejemplo, enfrentarse a una persona desagradable en la calle sin poder predecir qué va a hacer). Las situaciones ambiguas son más estresantes que aquellas en que resulta fácil predecir lo que va a suceder, aunque sea amenazante.
- *Incertidumbre:* probabilidad de que un evento ocurra, sea o no predecible (por ejemplo, no se sabe la certeza con que un tumor extirpado pueda reproducirse). Hunter (1979), estudiando 4 grupos de mujeres cuyos maridos habían peleado en Vietnam (desaparecidos en combate, prisioneros de guerra, muertos en combate y que habían regresado a casa tras participar en la guerra), encontró que la adaptación de esas mujeres era peor a medida que

aumentaba el grado de incertidumbre en cada situación. La incertidumbre puede provocar dilatados procesos de valoración que crean sentimientos de desesperanza, y finalmente, confusión (Lazarus y Folkman, 1984).

- *Ambigüedad de la situación estresora:* hace referencia a si la situación es clara o suficiente para ser interpretada (por ejemplo, exceso de datos que no permite saber qué hacer con ellos). Puede producirse por falta de información o por exceso de ella y puede convertirse en una fuente amenazante.
- *Inminencia de la situación estresora e incertidumbre:* en dependencia del intervalo de tiempo desde que se predice una situación hasta que ocurre. Mientras más inminente es un acontecimiento, es valorado como más estresante. Si no se sabe en qué momento preciso se va a producir (incertidumbre), aumenta la respuesta de estrés (por ejemplo, cuándo exactamente comenzará un ataque, que se está viendo desde hace algún tiempo como inminente). Esto es relativo, en función de las habilidades que se tengan para evaluar la situación y seleccionar respuestas adecuadas; en este sentido, tener más tiempo si se dispone de esas habilidades es menos estresante.
- *Falta de habilidades o conductas para enfrentar y manejar la situación:* enfrentarse a una situación para la que no se dispone de conductas eficaces, implica también indefensión (por ejemplo, ante el reencuentro con una persona significativa, cuando no sabemos cómo reaccionar).
- *Alteración de condiciones biológicas del organismo*: como el consumo de sustancias (té, café, tabaco, anfetaminas, alcohol), condiciones ambientales extremas (frío, calor, ruidos, humedad), la realización o no de ejercicios. Una persona de cierta edad, necesitada de tranquilidad, puede alterarse muy fácilmente con una música de alto volumen en una discoteca.
- *Duración de la situación de estrés:* mientras más duradera sea la situación, mayores consecuencias negativas tiene para la persona, pudiendo provocar trastornos psíquicos o psicofisiológicos (depresión, hipertensión, insomnio, etc.).

Como puede deducirse, el carácter estresante de una situación no está determinado tan sólo por la situación en sí misma, sino por factores propios de la persona a la cual ocurre, y especialmente, por la valoración cognitiva que se haga de la situación.

Por otra parte, pueden distinguirse tres fuentes diferentes de estrés en el ámbito natural (Labrador, 1995): a) sucesos vitales intensos, ex-

traordinarios, importantes, b) sucesos diarios estresantes de menor intensidad, y c) situaciones de tensión crónica mantenida.

En efecto, sucesos grandes, importantes en la vida, como casarse o ser abandonado, promover a un puesto laboral más reconocido, tener un accidente o la muerte de un amigo íntimo, pueden exigir al organismo un proceso intenso de adaptación, desencadenando respuestas de estrés. Al repetirse, el organismo tendrá que sobreesforzarse de forma reiterada, lo cual puede dificultar la recuperación y facilitar la aparición de efectos negativos a corto, mediano y largo plazo.

Pero no todas las respuestas de estrés se producen como consecuencia de acontecimientos excepcionales. Pequeñas molestias y contrariedades de la vida cotidiana pueden desencadenar estrés: dolores de cabeza vespertinos, alto volumen de la televisión de los vecinos, dificultades diarias para trasladarse al trabajo, no poder comer de forma relajada, pueden provocar respuestas de estrés y efectos negativos, psicológicos y biológicos, más importantes que los acontecimientos estresantes extraordinarios. Estos agentes estresores cotidianos, irritantes, frustrantes o desagradables, son los llamados "hasless" y está demostrado que generan más trastornos psicofisiológicos asociados al estrés que los acontecimientos extraordinarios (Kanner y otros, 1981). Los más importantes son aquellos relacionados con roles de representación social o laboral, con asuntos familiares y de relaciones interpersonales y de aspectos económicos .

Las situaciones de tensión crónica mantenida, como una enfermedad prolongada, un clima laboral inadecuado o una situación duradera de déficit económico (desempleo, por ejemplo), reúnen características de los dos anteriores: son intensos, importantes, y además, duraderos y repetidos. Una mala relación de pareja mantenida por largo tiempo puede ser mucho más estresante que un episodio intenso, aunque esporádico, como la separación de la pareja o el divorcio (Sandín, 2004).

La teoría de los eventos vitales ha ido decayendo, al irse conociendo todos los factores que confieren carácter estresante a una situación y desarrollarse los modelos cognitivos del estrés. En su libro: *Stressful life events* Dohrenwend, y cols., exponen resultados que cuestionan la propia esencia de estimar el estrés rígidamente a partir de los estresores vitales. Varios indicadores pueden explicar la enorme variación de los datos en las investigaciones realizadas al efecto. Uno de ellos, como ya se dijo, es la novedad del evento, muchas veces no se investiga si ya los sujetos habían experimentado con anterioridad esos cambios. Hay que considerar aquí que la repetitividad provoca habituación, y por tanto, disminuirá el carácter estresante del evento. La anticipación del estímulo determinará en cierta medida la percepción del grado de control sobre las

adaptaciones necesarias para el mantenimiento de las relaciones con el medio, por lo que las expectativas (predictibilidad) determinarán de alguna manera, la percepción del grado de control sobre las adaptaciones necesarias para el mantenimiento de las relaciones con el medio. El grado real de control sobre el posible cambio o las repercusiones del mismo condicionan el papel modulador de la controlabilidad ante las situaciones estresoras: a mayor controlabilidad, menos impacto estresante.

De este modo, la evaluación del estrés a partir de su concepción como estímulos, llámense situaciones o eventos vitales, deberá ser muy cautelosa y tener en cuenta todas las objeciones que han sido planteadas a este enfoque. A estas reflexiones, hay que sumar además, el hecho de que las conocidas "listas de eventos vitales", que pretenden otorgar una puntuación a las diferentes situaciones de la vida en función de datos normativos, requieren ser adaptadas a las poblaciones particulares, por cuanto los mismos acontecimientos no tienen el mismo significado para todas las culturas.

Los modelos transaccionales que conciben al estrés como un proceso

La forma en que el individuo interpreta una situación específica y decide enfrentarse a ella determina, en gran medida el que dicha situación se convierta en estresante. En otras palabras, las cogniciones constituyen un importante mediador entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés.

Los conceptos básicos en el modelo transaccional propuesto inicialmente por Lazarus son los de evaluación (preferimos llamarlo valoración) y afrontamientos.

Se entiende por *valoración* al proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provoca en el individuo. Mediante este proceso, la persona evalúa las demandas de la situación y realiza cambios en la forma de actuar, no en función de cómo es la situación en sí, sino en función de cómo él la valora (Lazarus y Folkman, 1984). Tal evaluación implica ya un procesamiento controlado (que puede hacerse consciente) de la información que proviene del medio externo e interno.

Lazarus y Folkman distinguen tres tipos básicos de valoración del medio y sus demandas: a) *irrelevante,* cuando las demandas del entorno no conllevan implicaciones para la persona, b) *benigno-positiva,* cuando se evalúan las demandas del medio como favorables para lograr o mantener el bienestar personal, y c) *estresante,* que pueden ser de tres tipos: daño o pérdida, amenaza y desafío. La evaluación de daño o pérdida ocurre cuando el individuo ya ha recibido un perjuicio (lesión, pérdida

de un ser querido, etc.). En la evaluación de amenaza se prevén daños o pérdidas, aunque estos todavía no hayan ocurrido y pueda solucionarse o afrontarse anticipadamente. La evaluación del desafío implica la previsión anticipada de situaciones de daño o pérdida o de amenaza, con la diferencia de que la persona piensa que tiene fuerzas o habilidades suficientes para afrontarlas con éxito y obtener ganancias. Esto hace que la situación de desafío conlleve, generalmente, emociones placenteras (impaciencia, regocijo), mientras que la amenaza, suele ir acompañada de emociones corno miedo, ansiedad, hostilidad.

El percibir una situación como amenazante o desafiante es determinante para el tipo de respuesta de la persona, y en definitiva, para el grado de estrés que se genere. Además, pueden producir respuestas de activación bien diferentes, que tendrán consecuencias muy distintas sobre la salud, a mediano y largo plazo. En muchas ocasiones, la evaluación de las demandas del medio no es clara, y pueden mezclarse estos tipos. En esto intervienen muchos factores, como la historia personal, los aprendizajes y las experiencias anteriores, que pueden determinar esta valoración y también las respuestas del organismo.

La valoración puede ser *primaria* y *secundaria*. La valoración primaria, como la que hemos descrito en principio, es el proceso de percibir una situación o acontecimiento como amenazante. La valoración secundaria es el proceso de elaboración mental de una respuesta a la amenaza potencial, valoración dirigida a determinar qué puede hacerse frente al acontecimiento, para luego ejecutar esa respuesta (afrontamiento). El resultado de esta valoración secundaria está muy determinado por la valoración primaria, pues el hecho que la persona piense que puede controlar o no una situación de estrés, depende directamente de las demandas percibidas en esta situación. Pero también está muy determinada por las conductas o habilidades para afrontar las situaciones de las que disponga la persona. El resultado de esta evaluación secundaria determina las conductas y las respuestas emocionales consecuentes. En otras palabras, la percepción de controlabilidad determinará, en gran medida, el carácter de las respuestas ulteriores: mucha gente, por ejemplo, tiene miedo a tomar un avión, a pesar de que conocen que las estadísticas de riesgo de accidente son mucho menores que en automóvil, pero en caso de transportación aérea poco o nada podrían hacer para evitar el accidente o disminuir sus efectos.

En resumen, la evaluación primaria y secundaria convergen para determinar si la interacción entre una persona y su situación debe considerarse como significativa para su bienestar, si es básicamente amenazante (posibilidad de daño/pérdida) o de desafío (posibilidad de controlarla y beneficiarse de ella). En consecuencia, lo verdaderamente importante es

que la persona crea que puede hacer algo en una situación determinada, con independencia de que en realidad pueda o no hacerlo. Naturalmente, si después de pensar que puede afrontar exitosamente una situación, fracasa a la hora de intentarlo, las consecuencias serán negativas a corto plazo, y a mediano y largo plazo esto hará que vaya cambiando su valoración con respecto a su capacidad real para controlar dichas situaciones.

La otra categoría básica en el modelo transaccional de Lazarus es la de *afrontamiento* (coping). Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (*Lazarus y Folkman, 1984*). Aquí hay que considerar especialmente que:

1. Son esfuerzos cognitivos y conductuales (no sólo conductuales).
2. Son conjuntos de actividades adaptativas cambiantes, que implican esfuerzo; no son rasgos o predisposiciones estables.
3. No se pueden equiparar con éxito adaptativo. No son a priori estrategias buenas o malas, eficaces o ineficaces. Afrontamiento no es dominio del entorno (éste no siempre se puede dominar), un afrontamiento puede ser eficaz para tolerar, minimizar, aceptar o ignorar determinadas situaciones estresoras y no eficaz para otras situaciones, o para otras personas, o para la misma persona en otro período de tiempo.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser muy variadas, incluso en una misma situación pueden utilizarse con éxito diferentes formas de afrontamiento, por lo que puede haber muchas estrategias adecuadas. Por eso, el que unas personas utilicen un tipo de estrategias de afrontamiento y otras no, no quiere decir que una persona actúe mejor que otra. Sólo intentan controlar la situación de manera distinta, probablemente porque sus recursos y habilidades son también diferentes.

El apoyo social puede ser considerado como un recurso (social) de afrontamiento al estrés (*Sandín, 2004*). Así, el apoyo social sería como un "fondo" del que la gente puede disponer cuando necesita hacer frente a los estresores. El apoyo social, generalmente, hace referencia a las acciones llevadas a cabo a favor de un individuo por otras personas, tales como los amigos, los familiares y los compañeros de trabajo, los cuales pueden proporcionar asistencia instrumental, informativa y emocional . Aunque el apoyo social puede consistir tanto en ayuda percibida, como en ayuda recibida, los efectos del apoyo social percibido, sobre todo emocional (sentirse querido, valorado y estimado por otros), parecen ser más significativos que los del apoyo social recibido (*Lazarus y Folkman, 1984*).

Tal y como ha subrayado Sandín, el apoyo social no debe confundirse con las redes sociales. Mientras que éstas pueden ser consideradas como la totalidad de los recursos sociales de los que un individuo puede potencialmente disponer, el apoyo social representa los recursos que en realidad utiliza para hacer frente a los problemas y dificultades de la vida.

Se plantea que los efectos positivos del apoyo social en el estrés pueden explicarse por dos mecanismos. El primero, se corresponde con el Modelo interactivo o de "buffer", que considera que el apoyo social tiene efectos directos y de amortiguador del estrés, ya que permite prevenirlo y moderarlo (*Linn, 1986*). Otro mecanismo, que ofrece mayor sutileza explicativa, podría encontrarse a partir del Modelo de la Especificidad, que considera que estresores particulares generan demandas de afrontamiento particulares y que el apoyo sólo será efectivo si es capaz de satisfacer esas demandas (*Schwarzer R y Leppin, 1981*).

Estrés, afrontamiento y apoyo social en el proceso salud-enfermedad.

De la misma manera en que existen modelos vinculados al estrés que se relacionan con la probabilidad de enfermar (*modelos de vulnerabilidad*), actualmente se subraya la importancia de aquellos modelos por los cuales el hombre interactúa con su medio con posibilidades de enriquecimiento y de desarrollo personal. Éstos, son los llamados modelos salutogénicos, que tienden a proveer de recursos contra la posibilidad de enfermar y de propiciar cierta resistencia al distrés emocional generador de trastornos. Los más conocidos son el sentido de coherencia (Antonovsky, 1990), el patrón de resistencia o dureza personal (hardiness) (Kobasa, 1982) y otros basados en el optimismo (Moreno y otros, 1997), la autoestima (*Torres, Fernández y Maceira, 1995*) , el empeño personal (*Emmons, 1985*), la teoría del control (*Robbins, Spence y Clark, 1991*), etc. Hay que recordar aquí que la caracterización psicosocial de la salud no se da solo por la ausencia de mecanismos o sensaciones enfermizas, o de sus indicadores objetivos, sino por la presencia de una óptima capacidad de trabajo, deseos de actividad, inclinación al logro de éxitos vitales, y también por el predominio de un sentimiento de bienestar, de alegría de vivir, de autorrealización personal (*Grau, 2002*). El enfoque salutogénico es prometedor, aunque relativamente reciente y por ende, recién en las última décadas es que ha comenzado a extenderse en la investigación en salud.

Sin embargo, los efectos perjudiciales del estrés en la salud han sido mucho más estudiados. Las evidencias actuales apuntan a que el distrés puede intervenir en todas las fases del proceso de enfermar, ya sea

incrementando las conductas de riesgo, exacerbando o produciendo síntomas somáticos y/o incrementando el uso y abuso de los servicios de salud (*Martín M, 2004*). Particularmente fructífero ha sido el estudio de los efectos del estrés en la adaptación a las enfermedades crónicas, el cual aparece modulado por el afrontamiento y el apoyo social.

El apoyo social ha aparecido como una variable que se asocia a las quejas: los pacientes con menos apoyo social percibido se quejan de más síntomas (*Kurtner, 1987*), sin embargo, existen suficientes evidencias de que la conducta solícita de los esposos y allegados al paciente pueden reforzar conductas de enfermedad (*Kerns y otros, 1990*). Por otra parte, la falta de apoyo social se encuentra asociada a un peor pronóstico de las enfermedades (*Kurtner, 1987*). Diferentes factores pueden interferir en la eficacia del apoyo social a los enfermos crónicos. Por ejemplo, se ha encontrado que los pacientes masculinos reciben más apoyo que las mujeres (*Hobfoll, Shoham, Rotter, 1991; Revenson y Majerovitz, 1990*), y que hay personas que no saben obtener apoyo, especialmente el apoyo emocional (*Linn, 1986*).

Hay una serie de factores que determinan las posibilidades que tienen los sujetos de recibir apoyo efectivo. Ellos son: las características del propio individuo, propiedades específicas de las relaciones interpersonales que influyen en los procesos de apoyo, factores culturales, el entorno actual, el estrés y los estados emocionales (*Shumaker y Bronwell, 1987*).

En sentido general, el estrés de una enfermedad suele ser un disparador de procesos de apoyo (*Martín M, 2002*). Es un hecho que el estrés del proveedor de apoyo puede ser un obstáculo para que el apoyo sea eficaz (Shumaker y Bronwell, 1987). También, se ha observado que las reacciones de ira ante la enfermedad tienden a alejar el apoyo más que las depresivas (*Linn, 1986*). Por otra parte, los sujetos depresivos reciben menos apoyo o están más insatisfechos con éste que las personas que no se deprimen (*Linn, 1986*).

El papel mediatizador del apoyo social en los resultados del afrontamiento se destaca cuando se analizan los datos provenientes de los llamados "grupos de autoayuda". Se plantea (*Liberman, 1990*) que los grupos de autoayuda han resultado muy positivos para pacientes con problemas de dolor crónico y cáncer.

Las investigaciones han tratado de encontrar tipologías de afrontamiento generales y específicas, ante el debut de las enfermedades. Las estrategias pueden agruparse en dos categorías generales, de acuerdo a Lazarus: a) dirigidas a hacer frente a la situación y resolverla (centradas en el problema) o, b) enfocadas a controlar las respuestas emocionales asociadas a la situación de estrés (centradas en la regulación emocional).

Se han estudiado los tipos de afrontamiento ante el debut de las enfermedades, que corrientemente se clasifican como: a) de negación, b) búsqueda de información, c) búsqueda de apoyo, d) resolución de problemas concretos, e) preparación para alternativas futuras, y, f) búsqueda de un significado para la enfermedad. Estos afrontamientos han sido descritos sobre el supuesto de que la aparición de una enfermedad, más o menos seria, constituye una situación vital estresora para el sujeto, que le obliga a procesos adaptativos (*Friedman y Di Matteo, 1989*). Según conocidos autores dedicados al estudio de los afrontamientos en enfermedades crónicas (*Friedman y Di Matteo, 1989; Taylor, 1993*), los factores que intervienen en la eficacia de los afrontamientos son: 1) Diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada sujeto, 3) Nivel intelectual y cultural en general, 3) Características personales (resistencia personal o "hardiness", autoestima), 4) Características propias de la enfermedad y su valoración social y, 5) el apoyo social.

Por ejemplo, tener la suficiente flexibilidad para escoger diversas alternativas de afrontamiento y un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento, resulta positivo ya que incrementa las posibilidades de éxito adaptativo (Martín y Grau, 1994). En ese sentido, los estudios muestran que las personas con mayor nivel intelectual y cultura general, tienen mejor adaptación a las enfermedades y al dolor (*Taylor, 1993*). Algunas características personales, como la resistencia al estrés y una buena autoestima, también se asocian con éxito del afrontamiento (*Martín, 2002*). Por otra parte, las exigencias, amenazas y limitaciones que imponen las enfermedades, así como las creencias que tiene la población con respecto a las mismas, tiene influencia en la eficacia del afrontamiento. Por ejemplo, resulta más difícil afrontar exitosamente las enfermedades que implican importantes cambios en el estilo de vida, que provocan deformidades y afectaciones de la imagen corporal, mutilaciones o amenazas serias a la supervivencia. También, las que cursan con altos niveles de dolor y discapacidad. (*Martín, 2002*). Un factor de gran importancia es el apoyo que las personas reciben de su familia, de sus amistades y del personal de salud. Las investigaciones son consistentes en reportar que las personas con altos niveles de apoyo tienen mejor pronóstico, menos síntomas, etc. (*Shumaker y Bronwell, 1984*).

Se han señalado una serie de problemas en la evaluación de la eficacia del afrontamiento para el bienestar de las personas que sufren problemas de salud crónicos *(De Ridder y Schreurs, 1996*). En primer lugar, la inmensa mayoría de los estudios no evalúan el afrontamiento en función de las demandas específicas que le plantea al sujeto la enfermedad, como debería hacerse, si partimos del supuesto de que el afrontamiento es un proceso dinámico y situacionalmente determinado.

Un segundo problema estaría dado por la carencia de instrumentos de evaluación razonablemente válidos. En la literatura aparecen descritos múltiples cuestionarios para la evaluación del afrontamiento al dolor crónico que son modificaciones del cuestionario original de Lazarus y Folkman. Estas modificaciones consisten en la eliminación de algunos ítems y la adición de otros que al autor le parecen útiles para el caso del dolor. No hay consenso entre los autores acerca de cuáles estrategias deben ser evaluadas y los estudios de validación muestran serias debilidades psicométricas como la creación de normas a partir de muestras no representativas, escaso estudio de la validez empírica y predictiva, etc.(De Ridder y Schreurs, 1996).

Otro importante cuestionamiento que debe hacerse es que los criterios para evaluar la eficacia del afrontamiento (funcionamiento bioquímico y psicofisiológicos, retorno al nivel de actividad habitual, distrés psicológico) están multidimencionalmente determinados. Se ha encontrado en estudios metaanalíticos que el afrontamiento explica el bienestar en no más de un 5% de la varianza (De Ridder y Schreurs, 1996)

Conclusiones

Un conocido escritor humorístico inglés decía que los seres humanos tenemos la tendencia a "cosificar" los conceptos . Así, el "estrés" ha sido frecuentemente "cosificado", se ha querido convertir en algo que podemos "medir", "curar", cuando en realidad el estrés es un término, una palabra que se usa en muchas ocasiones para hablar de cosas tan diferentes como una respuesta del organismo, un acontecimiento vital importante, un conjunto de malestares cotidianos o un proceso psicológico que involucra emociones, cogniciones y comportamientos. Como plantea Grau "*Ante los reiterados intentos de medir el estrés, tendríamos que hacer frente, valiente y decididamente, a una pregunta crucial: ¿es que acaso puede medirse? ¿Se puede tener una medida única del estrés por el que atraviesa la persona, cuando es éste un proceso de interacción global, que se desarrolla a lo largo de toda su vida, de una forma dinámica y cambiante? Sin embargo, sí se pueden medir algunos de los componentes en este proceso y de las variables que lo determinan. El estrés es el conjunto de todos los factores analizados, pero ninguno de ellos en concreto.*"[11]

Por lo tanto, uno de los primeros problemas que actualmente enfrenta la evaluación del estrés es que estamos ante un problema mal formulado. La cuestión no es cómo medir el estrés. El problema está en que debemos ponernos de acuerdo con respecto a qué tipo de fenómenos

[11] Grau, J.A.; estrés, salud, enfermedad, p.

nos estamos refiriendo cuando usamos la palabra estrés o, al menos, resignarnos a evaluar determinados procesos o situaciones que se han relacionado con el término.

Aunque menos dramáticamente que en el caso anterior (posiblemente porque en esta área han incursionado menos investigadores en comparación con el tema del estrés), el concepto de apoyo social también requiere de que se llegue a un consenso pues, muchas veces, es utilizado como una "meta-constructo" que involucra las redes de las que dispone el sujeto, las conductas y la percepción del apoyo.

Con respecto al afrontamiento ocurre algo distinto, aunque igualmente peligroso desde el punto de vista metodológico. Casi todo el mundo acepta la definición de afrontamiento de Lazarus, sin embargo, a la hora de operacionalizar el afrontamiento, este se ha tratado como un conjunto de conductas discretas y no como el complejo proceso que en realidad es. Un problema harto frecuente es que se ha utilizado la Escala de Afrontamientos de Lazarus (una lista de una serie de conductas que pueden ser descritas como estrategias de afrontamiento) sin tener en cuenta el contexto en que estas conductas se producen, ni el fuerte componente cultural y de deseabilidad social de algunas de ellas.[12]

Como decía la eminente psicóloga rusa V. W, Zeigarnik: "antes de preocuparnos del problema de cómo vamos a medir, debemos tener claro qué queremos medir". Por lo tanto, uno de los principales problemas de la evaluación del estrés, el afrontamiento y el apoyo social (y de muchos otros campos de la Psicología), es que debemos definir claramente qué es lo que estamos evaluando y contextualizar adecuadamente los resultados de esta evaluación.

Otro problema tangencial al anterior, es que estamos tratando de aislar y de dar "cortes transversales" a un conjunto de procesos íntimamente relacionados, si realmente concebimos al estrés como un proceso de transacción entre el individuo y el entorno en el que es determinante la forma en que la persona evalúa la situación, incluyendo en esta evaluación la de sus propios recursos para afrontarla, entre los que está el apoyo social que creemos disponer. La cuestión se complica aún más si queremos hacer inferencias de este proceso a partir de indicadores fisiológicos de dudosa validez, y/o a partir de datos procedentes de instrumentos que ni siquiera se han adaptado a las características particulares de nuestras poblaciones.

¿Se trata entonces de que debemos renunciar a utilizar algunas o todas las técnicas de diagnóstico de que actualmente disponemos? Por

[12] Uno de los items de esta escala dice "Intenté sentirme mejor comiendo,bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc."

supuesto que no, de lo que se trata es de que tenemos que tener claridad acerca de qué es lo que éstas realmente están midiendo y de su validez para medir lo que se pretende medir. En otras palabras, de que hagamos el psicodiagnóstico "como debe hacerse", cosa que frecuentemente olvidamos ante la avalancha de información y las modas tan frecuentes en las ciencias. En este acápite, hemos querido incitar la reflexión acerca de este tema, para que las escalas que a continuación se presentarán, puedan ser evaluadas en su justo lugar y rol.

11.2. Escala de afrontamiento de Lazarus

Caracterización de la prueba

Título: Escala de modos de afrontamientos
Autores: Folkman y Lazarus (1984).
Fundamentación: Esta escala es posiblemente el instrumento más popular para el estudio del afrontamiento, ya que ha sido desarrollada por los autores "clásicos" del tema: R. S. Lazarus y S. Folkman. Los autores, aunque reconocen las limitaciones de los autoinformes , consideran que sus bondades superan sus deficiencias, por lo que defienden el uso de este tipo de métodos: "*... ¿no deberíamos también darnos cuenta de que las personas son extraordinariamente capaces de poner de manifiesto elaborados modelos de pensamiento y sentimientos a través del lenguaje? Eliminar esta fuente de información supone descortezar al ser humano como objeto de investigación y relegarlo a un estado infrahumano"...*[13] En el caso de la evaluación del afrontamiento, ellos consideran vital combinación de los métodos de autoinfome con otros como la observación, al entrevista, etc.

Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como "*aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*".[14] Ellos plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

[13] Lazarus R:S., S. Folkman: Estrés y procesos cognitivos, 0. 341. 1984, p.341)
[14] Ob. Cit. p. 141.

Esta consideración de afrontamiento implica que:

- El afrontamiento puede ser adaptativo o no en función de los factores que intervengan en el proceso.
- El afrontamiento es una aproximación orientada al contexto y unas estrategias son más estables que otras.
- Existen al menos dos funciones principales del afrontamiento, una centrada en el problema y otra en la emoción.
- El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación.

En tanto que proceso, Lazarus Y Folkman enfatizan que para la evaluación del afrontamiento debe:"*1) hacer referencia a sentimientos, pensamientos y actos específicos y no a los informes de lo que el individuo podría o querría hacer, 2) ser examinado en un conexto específico, y 3) ser estudiado en diferentes períodos de tiempo, de modo que puedan observarse los cambios en los pensamientos, sentimientos y actos como consecuencias de los cambios en las demandas y evaluaciones del entorno*" .[15]

Consecuentes con esta idea, elaboraron una metodología consistente en pedir al sujeto que reconstruya una situación estresante y responda lo que sintieron, pensaron e hicieron. Para ello elaboraron una lista de "modos de afrontamiento" que puede ser auto o heteroadministrada.

Los ítems que integran esta lista proceden de diversos estudios, tanto de otros autores, como de Lazarus y su equipo. Además de contener ítems relacionados con las dos funciones básicas del afrontamiento (regulación emocional y solución del problema), contiene otros relativos a cuatro formas básicas de afrontamiento: acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información y una categoría compleja designada por los autores como afrontamiento intrapsíquico o cognitivo. Aunque el análisis factorial corroboraba inicialmente este enfoque, Lazarus y Folkman son reacios a calificar de una forma rígida los afrontamientos, en el sentido de considerarlos dirigido a la solución del problema o a la regulación emocional, ya que cualquier estrategia concreta puede cumplir con ambas funciones.

Descripción: El instrumento consta de 67 índices; cada uno de los cuales se responde de acuerdo con los criterios siguientes; en función de la medida en que el sujeto respondió o actuó como describe cada uno de ellos. Se otorgan las siguientes puntuaciones:

O = En absoluto
1 = En alguna medida
2 = Bastante
3 = En gran medida

15. Ob. Cit. p. 336.

Para su evaluación ordinaria los 67 índices están clasificados en ocho subescalas. Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la que predomina; este será el modo de afrontamiento que ha utilizado con mayor frecuencia.

Confrontación. Describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. Sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acción directa. Los índices que componen la subescala son: 6, 7, 17, 28, 34 y 46.

Distanciamiento. Describe los esfuerzos para separase. También alude a la creación de un punto de vista positivo. Los índices que componen esta subescala son: 12, 13, 15, 19, 21, 32,41 y 44.

Auto-control. Describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones. La subescala está conformada por los índices 10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63.

Búsqueda de apoyo social. Describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información o en buscar apoyo moral, simpatía o comprensión. Esta subescala está compuesta por los índices 8, 18, 31, 42 y 45.

Aceptación de la responsabilidad. Reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema. Esta subescala está representada por los índices 9, 25,29 y 51.

Huida - evitación. Describe el pensamiento desiderativo. Los índices de esta escala que sugieren huida y evitación contrastan con los índices de la escala de distanciamiento, que sugieren separación. Esta compuesta por los índices 11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59.

Planificación. Describe los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema. Los índices son: 1, 2, 6, 27, 39, 48, 49, y 52.

Reevaluación positiva. Describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal. Los índices son: 20, 23, 30, 36, 38, 56 y 60.

Validez y utilidad: La validez de esta escala para evaluar el afrontamiento está íntimamente relacionada en primer término, con la forma en que se aplica y con las pretensiones y presunciones del examinador con respecto a los resultados obtenidos. Los propios autores resaltan la importancia de aplicar la escala para evaluar el afrontamiento en contextos y situaciones específicas, por lo tanto, es un error (que se comete con bastante frecuencia) usarla para caracterizar estilos generales de afrontamiento.

La escala se ha utilizado para la evaluación del afrontamiento en casi todos los países occidentales y en todas las áreas de la Psicología (educa-

tiva, clínica, salud, organizacional, deportiva, militar, etc.) con numerosas adaptaciones. En una búsqueda realizada en Google, utilizando como palabras claves Escala de modos de afrontamiento de Lazarus (su nombre original), encontramos más de 34 000 referencias. Sería innumerable la lista de autores que han realizado adaptaciones de la escala para la evaluación de problemas específicos (dolor crónico, exámenes académicos, competencias deportivas, enfrentamiento a procesos de selección de personal, diferentes enfermedades agudas y crónicas, etc.) Lamentablemente, en casi todas las adaptaciones se pasa por alto los reclamos de Lazarus y Folkman de contextualizar las conductas de afrontamiento, y se insiste en la búsqueda de rasgos globales o estilos generales de afrontamiento.

En nuestro país se ha utilizado en diversas investigaciones (Molerio y García, 2004; Chacón M [comunicación personal], y otros), pero no existen datos normativos para la población cubana. Por otra parte, la propia forma en que está concebida y construida la escala no requiere de este tipo de datos, ya que no se pretende comparar a un sujeto con un grupo con respecto a una cualidad concreta (o sea, la escala no ha sido concebida para informar acerca de cuán "centrado en la acción" es un sujeto en comparación con otro), si no como un instrumento que ayuda a caracterizar las estrategias específicas que una persona ha utilizado ante determinadas demandas. Enfocada de esta manera , haciendo un análisis cualitativo de las respuestas del sujeto, es válida como un auxiliar en el diagnóstico.

ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____

Instrucciones:

El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y escriba el número que exprese en que medida usted actuó en cada uno de ellos.

0 ——— En absoluto.
1 ——— En alguna medida.
2 ——— Bastante.
3 ——— En gran medida.

ANEXO: VALORACIÓN RESULTADOS ESTRATEGIA DE CONFRONTACIÓN DE LA ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTO

Dionisio Zaldivar Pérez

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____

Favor valorar de acuerdo con la escala que se presenta a continuación los resultados mas frecuentes que usted ha obtenido en el enfrentamiento a situaciones conflictivas mediante el empleo de las estrategias de afrontamiento que usted ha señalado mas arriba (escala modos de afrontamiento)

Frecuencia

Muy Poco Frecuente	Muy poco Frecuente	Regular	Frecuente

Resultados

1. No resuelto y peor.
2. No cambió
3. Resuelto pero no satisfactorio
4. No resuelto pero mejorado
5. Resuelto satisfactoriamente

Calificación y Evaluación: Escala Modos de Afrontamiento

El objetivo de la escala es evaluar los modos particulares de afrontamiento que el individuo utiliza, por lo que sugerimos valorar los mismos a partir de las 8 subescalas que componen el test, empleando los puntajes medios obtenidos por el sujeto, lo cual se puede reflejar en el gráfico.

Observaciones:

Valiéndose del procesamiento planteado por Folkman y cols para evaluar los resultados de la confrontación ante una situación de estrés, hemos añadido a la escala de afrontamiento un anexo para que los sujetos hagan una valoración de la efectividad de las estrategias por ellos utilizadas.

Leyenda	Sub-escalas
Puntajes Medios	1= Confrontación
0= En absoluto	2= Distanciamiento
1= En alguna medida	3= Auto – control
2= Bastante	4= Búsqueda de apoyo social
3= En gran medida	5= Aceptación de la responsabilidad
	6= Huida – evitación
	7= Planificación
	8= Reevaluación positiva

En el análisis de los resultados, se tendrá también en cuenta la valoración de los resultados en las estrategias de confrontación empleadas.

En algunos casos puede resultar saludable completar este análisis con una entrevista donde se precisen aspectos de interés sobre el particular.

11.3. Vulnerabilidad al estrés Introducción:

Son disímiles los instrumentos que intentan valorar lo vulnerable que puede ser una persona al estrés, algunos de estos instrumentos, para obtener un indicador en este sentido, toman en consideración el estilo de comportamiento de la persona; mientras otros, responden a la concepción más tradicional de considerar el estrés, y cuan vulnerable una persona puede ser ante situaciones estresantes, mediante la presencia de diversos síntomas; síntomas que traducen alteraciones en varias esferas: fisiológica, cognitiva y motora.

A continuación, aparecen dos instrumentos diseñados para valorar de un modo u otro la vulnerabilidad al estrés. El primero de ellos, Test de Vulnerabilidad al Estrés, de L. H. Miller y A. D. Smith., (en ocasiones conocido con el nombre: Es Ud. Vulnerable al Estrés) intenta valorar el estrés tomando como punto de partida los estilos de conductas que conducen a comportamientos saludables o favorecen la aparición de enfermedades como consecuencia de lo vulnerable que se hace el individuo al efecto estresor de cualquier agente, cuando presenta estilos de comportamiento proclives a enfermar.

El segundo, Lista de Indicadores de Vulnerabilidad al Estrés, adaptado a la población cubana por Dr. Dionisio Zaldiva Pérez; intenta realizar la valoración cuantitativa y cualitativa de lo vulnerable que una persona es y puede ser a situaciones de estrés, tomando para ello aspectos como la diversidad de la frecuencia de aparición o no de trastornos psicosomáticos, alteración de hábitos, niveles de energía, dificultades en la realización de tareas cotidianas, excesiva sensibilidad, alteración del contenido del pensamiento, perdida de deseos, etc., síntomas que al agruparse en constelaciones dan lugar a alteraciones psicológicas que pueden favorecer, de mantenerse en el tiempo, la aparición de diversos trastornos somáticos o psiquiátricos.

11.3.1. Test de Vulnerabilidad al Estrés

Nombre de la prueba: Test de Vulnerabilidad al Estrés.

Autores: L. H. Miller y A. D. Smith. (Centro Médico Universidad de Boston)

Objetivo: Valorar el grado de vulnerabilidad al estrés, e identificar los aspectos vinculados con el estilo de vida del individuo y con el apoyo social que pueden estar incidiendo en su vulnerabilidad.

Descripción: El test, consta de un total de 20 ítems, cada uno de los cuales se responde de acuerdo con una escala de puntuación entre 1(casi siempre) y 5(nunca), según la frecuencia con que el sujeto realice cada una de las afirmaciones.

Los ítems tocan aspectos tales como:

a) Estilo de vida : ítems 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 17, 19, y 20.
b) Apoyo social: ítems 4, 11, 12, 13 y 16
c) Exposición de sentimientos: ítems 3 y 15
d) Valores y creencias: ítems 10
e) Bienestar físico: ítems 14

Observaciones: Los ítems 10 y 14 pudieran estar incluidos en la categoría Estilo de vida, pero por su importancia y mayor claridad decidie-

ron clasificarlos en las categorías Valores y creencias y bienestar físico, que como partes del Estilo de vida, creemos que estén débilmente tratados por los autores.

Calificación e Interpretación:

Aspectos Cuantitativos

Para obtener la puntuación total , sume las puntuaciones de cada uno de los ítems y al resultado réstele 20. Cualquier puntuación por encima de 30 indica que el sujeto es vulnerable al estrés.

Puntuación entre 50 y 75: Seriamente vulnerable al estrés.

Puntuación por encima de 75 : Extremadamente vulnerable al estrés.

Aspectos Cualitativos

Además del indicador general de vulnerabilidad que se obtiene por los aspectos cuantitativos, se puede realizar un análisis cualitativo y explorar los aspectos del estilo de vida (déficit de sueño, sedentarismo, fumar, beber o tomar café excesivamente, etc), organización personal en cuanto a la distribución del tiempo, dificultad en redes de apoyo social, (no tener amigos o familiares en quienes confiar, ausencia de personas a quien confiarles los problemas, y otros aspectos tales como: dificultad para expresar las emociones, dar y recibir afecto, etc. que nos pueden aportar elementos importantes para detectar las fuentes de vulnerabilidad.

Test de Vulnerabilidad al Estrés.
L. H. Miller y A. D. Smith

Nombre _____ Sexo ____ Edad ___
Escolaridad _____ Ocupación _____ Estado Civil _____

Instrucciones: Califique cada inciso con puntuaciones como siempre/1, casi siempre/2, frecuentemente/3, casi nunca/4, nunca/5, según la frecuencia con que Ud. realice cada una de estas afirmaciones:

11.4. Lista de Indicadores de Vulnerabilidad al estrés

Nombre de la prueba: Lista de Indicadores de Vulnerabilidad al estrés
Autor: Adaptación Cubana por Dionisio Zaldivar Pérez
Objetivo: A través de un listado de 20 indicadores de los síntomas que aparecen con mayor frecuencia asociados a la vulnerabilidad al estrés, se trata de que el sujeto identifique la presencia y frecuencia con que porta los mismos, de forma tal que sirva como un criterio más para valorar su grado de vulnerabilidad al estrés y la dirección de la misma.
Descripción: La lista consta de 20 indicadores que se vinculan con diversas manifestaciones del estrés. El sujeto responde cada indicador de acuerdo con una escala que va de 0 a 4 según la frecuencia con la cual el síntoma en cuestión aparece en él.

0 Nada frecuente
1 — Poco frecuente
2 — Medianamente presente
3 — Frecuentemente presente
4 — Muy frecuentemente presente
—

Los ítems tocan aspectos tales como:
– Trastornos psicosomáticos
– Alteración de hábitos
– Nivel de energía
– Dificultad en la realización de tareas cotidianas, y otras.

Orientaciones al examinador: Permite tiempo para el llenado de los datos generales. Introduce el test diciendo que se trata de un test para identificar los síntomas que ha estado sintiendo en los últimos 6 meses a consecuencia del estrés. Orienta seguir con la mirada las orientaciones del test mientras le da lectura.
Calificación: Los resultados obtenidos de esta lista se evalúan del siguiente modo:
1. Establecer un indicador general de vulnerabilidad a partir del puntaje promedio.

$$X = \frac{\Sigma X}{n}$$

Donde: n = número de ítems
X = puntaje obtenido en cada ítems

Así :
$X \geq 3$ ya es un indicador de problema en cuanto a la vulnerabilidad
2. Realizar una evaluación cualitativa, teniendo en cuenta la dirección de los ítems con puntaje por encima de 2.

Lista de Indicadores de Vulnerabilidad al estrés

Nombre Edad Sexo
Nivel escolar Estado civil Ocupación

Instrucciones:

Señale, marcando con un círculo alrededor del número que corresponda, la frecuencia de los siguientes indicadores de vulnerabilidad al estrés. No hay respuestas buenas o malas, se trata de que usted identifique lo que ha estado sintiendo durante los últimos 6 meses. Recuerde que el objetivo de este instrumento es ayudarlo a identificar sus puntos vulnerables al estrés. Trate de responder lo más preciso posible.
0 __Nada frecuente; 1 __Poco frecuente; 2 Medianamente presente; 3 __ Frecuentemente presente; 4 __ Muy frecuentemente presente.

Indicadores	Muy frecuentemente presente	Frecuentemente presente	Medianamente presente	Poco frecuente	Nada frecuente

11.5. Inventario para la evaluación del estrés laboral "Burnout"

La palabra estrés deriva del latín que significa apretar, comprimir, y el termino se toma haciendo alusión al estado que puede vivenciar una persona al encontrarse en una situación difícil, o a la acción de fuerza que, sobre un individuo, ejercen circunstancias específicas de su entorno, donde el sujeto se siente "comprimido", y tal situación puede dar lugar a que enferme si no cambian las circunstancias o si no cuenta, la persona, con recursos de afrontamiento positivos ante las altas demandas que enfrenta.

Al hablar de recursos de afrontamiento se observa otra visión del termino estrés, dando lugar a una relación entre la persona y su entorno; y desde esta mirada con un enfoque biopsicosocial se dice que una persona padece estrés cuando las demandas, externas y/o internas, exceden a los recursos del individuo (Lazarus y Folkman); por tanto, el estrés no es una enfermedad, pero puede llegar a provocarla cuando el individuo percibe que ciertas circunstancias demandan de él más de lo que puede dar y esa vivencia pone en peligro su bienestar.

El trabajo es una fuente de demandas para la persona, y el proceso de interrelación que allí se establece hace que aumenten o disminuyan las vivencias de bienestar o desagrado, lo cual depende, tanto de la persona, como de la situación laboral y de la interrelación entre ambos. El estrés, como se dijo anteriormente, no es una enfermedad y puede incluso ser un proceso positivo para la persona en un momento dado, y ayudar al individuo a alcanzar un crecimiento y desarrollo personal y un alto grado

de bienestar psicológico y de satisfacción consigo mismo, en tal situación se utiliza el término de eustrés para definir la resultante de la interrelación individuo-medio; o puede ser un proceso negativo, denominado distrés, donde como resultado de dicha interrelación se desencadenan en la personas diversos síntomas que perjudican su salud, situación que puede agravarse si se mantiene en el tiempo.

Para evaluar el estrés laboral se han creado variados instrumentos, los cuales están destinados a encontrar una medida que indique el estado en que está la persona bajo las circunstancias que le impone el medio donde trabaja. Los criterios de elaboración de estos instrumentos dependen de la concepción del autor acerca de lo que entiende por estrés laboral. Por ejemplo Katz & Kahn (1978) y Holt (1981) señalan que el estrés experimentado por el individuo en el trabajo es el resultado de las condiciones del ambiente organizacional; mientras Frankenhauser & Gardell (1976); Levi (1988) definen el estrés en el trabajo como desequilibrio entre las demandas del trabajo y la capacidad de respuesta del trabajador; y O'Brien (1986) amplia esta idea sobre las fuentes de estrés en el trabajo. Este autor, señala como el origen del estrés laboral, por una parte, las características personales del trabajador y, por otro lado, una amplia gama de condiciones del puesto laboral.

El inventario que nos ocupa pretende medir el estrés laboral, es decir, trata de ofrecer indicadores acerca de cómo es la relación entre la persona y su ambiente de trabajo, para ello utiliza escalas que ponen de manifiesto daño en la salud, y como consecuencia merma en el trabajo y un pronostico de "quemado" como resultado de las altas demandas que la persona enfrenta en su puesto laboral. El estrés laboral es lo que se conoce con el nombre de Burnout, término que proviene del inglés y designa el desgaste que se produce en una persona a causa de su desempeño profesional, dando lugar a un rendimiento por debajo de lo esperado.

Una incidencia alta en los instrumentos para medir el Burnout lo tienen los médicos, fundamentalmente aquellos profesionales que laboran en unidades cerradas o en salas de operación, donde las exigencias por salvar la vida y preservar la salud ponen al médico y a otros profesionales de la salud en constante situación de alerta y además, en algunas situaciones ese esfuerzo no se ve premiado por el éxito contra la muerte y el dolor.

El inventario para la evaluación del estrés laboral, conocido entre nosotros como el Burnout , fue creado en 1986 por C. Maslach y S. E. Jackson. Este instrumento presenta tres escalas: Cansancio emocional (CE), Despersonalización (D) y Realización personal (RP), además de una escala para medir la distorsión.

A continuación, presentamos el Inventario para la evaluación del estrés laboral conocido entre nosotros como "El Burnout".

Orientaciones al examinador:

- Señala se realizará una prueba que recoge una serie de enunciados acerca de su trabajo y sus sentimientos hacia él; por lo que no existen respuestas mejores o peores; puntualiza es importante que sus respuestas expresen su propia experiencia.
- Después se le orienta siga con la mirada las instrucciones que presenta la prueba.
- Pueden comenzar el test

Orientaciones para su calificación:

Cansancio emocional (CE): Definido como desgaste, pérdida de la energía, agotamiento y fatiga y puede manifestarse física y psíquicamente, o como una combinación de ambas formas. Engloba también el exceso de tiempo directo en la actividad laboral y cansancio del contacto directo con la gente en el trabajo o los subordinados, en el caso de los jefes. Se presenta así mismo, en aquellos que se sientan estar al borde o en límite extremo de sus posibilidades o capacidades, fuerza, resistencia, tensión emocional o física. Abarca 8 ítem de la prueba: (2), (3), (6),(8), (12), (14), (16), (20). El puntaje máximo alcanzable en la respuesta es de 32 puntos.

Despersonalización (D): Pone de manifiesto un cambio de actitudes en las respuestas hacia las otras personas, que dificultan la comunicación personal, específicamente hacia los beneficiarios del propio trabajo, acompañado de un incremento de la distancia afectiva con los demás o un endurecimiento en las relaciones (frialdad emocional) con los subordinados en el trabajo y de indiferencia por sus resultados. Abarca 7 ítem de la prueba (4), (5), (10), (11), (15) (21) (22) El puntaje máximo alcanzable en las respuestas es de 28 puntos.

Realización Personal (RP): Agrupa una serie de respuestas y valoraciones negativas hacia sí mismo (autoestima) y hacia el propio trabajo o actividad, propios o típicos de la depresión, la baja moral, la frustración en el trabajo, el rechazo y evitación del contacto y las relaciones interpersonales en la actividad laboral, incluso en el manejo de los problemas con los colaboradores y otras personas involucradas con el proceso, englobando también el clima laboral que el individuo puede contribuir a crear en su grupo más o menos favorable y estimulante (motivación por los resultados p. Ej.) y sus resultantes en productividad, capacidad para enfrentar presiones y soportarlas con éxito. Abarca 7 ítem de la prueba (1), (7), (9), (13), (17), (18), (19) El puntaje máximo alcanzado es de 28 puntos.

Clave de calificación:

- 14 items directos. Se evalúan de izquierda a derecha desde 0 a 4 puntos
- Los ítem directos son: 1, 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 20 y 22
- 8 items inversos. Se evalúan de izquierda a derecha desde 4 a 0 puntos
  Los ítems son 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21

Se considerará estrés cuando es mayor del 50
Para el cálculo de la distorsión de los items o confiabilidad
El procedimiento involucra 13 de los 22 ítem de la prueba
En la dimensión CE, los pares 3 - 12, 2 - 8, 6 - 16
D, los pares 5 - 15, 10 - 11
RP, los pares 1 - 19, 1 - 13

Pasos:

1. Se restan los puntajes en todos los pares de ítem.
2. Se suman las diferencias encontradas en cada dimensión y todas ellas.
3. Se divide el puntaje resultante de esa suma entre 7 (número de pares) para obtener la diferencia promedio.
4. Luego, ese promedio se divide entre 4 (puntos máximos posibles que califican cada ítem).
5. El resultado se multiplica por 10 para expresar el resultado en una escala de diez puntos, lo que se tomará como índice de incoherencia en las respuestas a la prueba o test.

El valor obtenido con estos pasos se busca en la siguiente tabla

ÍNDICE	CALIFICACIÓN	CONFIABILIDAD
De 0 a 2.0	Muy Baja	Más Confiable
De 2.1 a 4.0	Baja	Confiable
*De 4.1 a 6.0	Media	Dudosa
De 6.1 a 8.0	Alta	Poco Confiable
De 8.1 a 10	Muy Alta	No confiable

*En este caso (4.1 a 6.0), con respuesta de dudoso valor por su incoherencia recomendamos análisis cualitativo de los ítem utilizando la entrevista personal.

Para considerar estrés laboral debe obtenerse más del 50% en el resultado de la prueba del máximo de puntos posibles y así con cada una de las dimensiones.

INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL BURNOT

Nombre: _____ **Sexo** _____ **Edad:** _____
Empresa: _____ **Ocupación** _____ **Fecha** _____

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos tal como usted lo siente. No existen respuestas mejores o peores. La respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia experiencia.

Las frases que encontrará son de este tipo:

Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo.

A cada una de las frases deberá responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento

Responda escribiendo una X en la columna que corresponda a la escala escogida.

N / Nunca AVA / Algunas veces al año AVM / Algunas veces al mes
AVS / Algunas veces a la semana D / Diariamente

PUEDE COMENZAR

No.	N	AVA	AVM	AVS	D

11.5.1. El Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B.)

Reseña del CBB

El Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B.) es una medición global del Burnout, así como una medición de tres variables consideradas como "antecedentes" y una escala de variables "consecuentes". Permite un diagnóstico acertado de cada dimensión del Burnout (agotamiento emocional / AE, despersonalización / DP, falta de realización personal / FRP).

El CBB es una adaptación del Maslach Burnout Inventory (MBI) realizada en España por Bernardo Moreno y sus colaboradores, está compuesta de 21 items y una pregunta abierta. Además de las 3 dimensiones tradicionales del Burnout señaladas anteriormente, incorpora escalas para la evaluación del "tedio", las "características de la tarea" y el "clima organizacional" como variables antecedentes y una escala sobre "consecuencias" o repercusiones del síndrome en la calidad de vida del sujeto, especialmente en su salud y sus relaciones interpersonales.

Los autores señalan que este cuestionario es para evaluar el síndrome, sus antecedentes y consecuentes de forma general. En Cuba, así como

en México, se ha aplicado en varias investigaciones con buenos resultados. La ventaja que ha tenido es que permite un diagnóstico global presuntivo o teórico del Burnout (lo cual no se puede lograr con el MBI), además de permitir estudiar la relación con otras variables antecedentes y consecuentes. En un trabajo reciente, se comprobó que el CBB ofrecía alta correlación en sus puntuaciones con el MBI, lo que avala su utilización en estudios exploratorios de diagnóstico. En este último estudio se realizó previamente un proceso de validación de contenido, siguiendo los criterios de Moriyama, con 7 expertos en el tema, obteniéndose como resultado una apreciación adecuada de lo que pretende evaluar el instrumento y cada uno de sus items: todos los criterios de los expertos (jueces) obtenían una valoración por encima de la media en una escala ordinal de apreciación de 0-10.

Estructura del CBB:

Dimensiones / escalas	Items
Cansancio emocional	1, 7, 15
Despersonalización	3, 11, 18
Realización personal	5, 12, 19
Características de la tarea	2, 10, 16
Tedio	6, 14, 20
Organización	4, 8, 9
Consecuencias del Burnout	13, 17, 21

NOTA: Los items subrayados puntúan al revés.
El ítem 22 fue agregado para investigaciones en Cuba, pero los estudios preliminares señalan que no está relacionado con los niveles de Burnout.

La pregunta abierta se refiere a la causa principal de malestar en el trabajo, ofrece la posibilidad de que el sujeto evaluado represente prioritariamente lo que interpreta como la causa fundamental de su malestar.

Cada reactivo de este inventario se mide en una escala Likert referida a la frecuencia, que va desde "Nunca" o "Nada" (puntuación 1) hasta "Siempre" o "Mucho" (puntuación 5).

Corrección o calificación del CBB: Dado que no existe aún un baremo de este inventario, no es posible determinar de forma empírica si un grupo como tal está afectado o no (clínicamente hablando) por el Burnout. Por esto es aconsejable determinar por procedimientos de "clustering"

para cada población en estudio, tal y como se ha hecho en los estudios más recientes.

La calificación primaria (corrección) fue determinada inicialmente de forma teórica, en función de las puntuaciones medias en cada una de las dimensiones, siguiendo la recomendación de los autores de este inventario:

- Puntuación media inferior a 3: no está afectado por burnout
- Puntuación media superior a 3: está moderadamente afectado
- Puntuación media superior a 4: está muy afectado por burnout

Además de aplicarse el sistema de calificación primaria, los autores del CBB recomiendan clasificar las puntuaciones en un sistema de terciles (33,33 % y 66,66 %) y de hecho, así se procedió en las primeras investigaciones. Tomando la experiencia de los trabajos realizados posteriormente, en que los sujetos eran correctamente clasificados como "Muy afectados", "Moderadamente afectados" y "No afectados" con la técnica de formación de clusters, se recomienda este proceder en futuras investigaciones para formar grupos de sujetos similares a partir de las variables que determinan las dimensiones y niveles globales del Burnout.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

CUESTIONARIO C.B.B.

Este cuestionario es totalmente anónimo, los datos tendrán un tratamiento estadístico.
Por favor, conteste primero las siguientes preguntas, referidas a datos generales. Donde aparecen varias opciones de respuesta, circule la que corresponde.

A) Edad _____ años
B) Sexo: 1. M 2. F
C) Relaciones de pareja: 1. Con pareja habitual 2. Sin pareja habitual 3. Sin pareja
D) Número de hijos: _____
E) Estudios realizados: 1. Primaria 3. Preuniversitaria 5. Formación técnica
2. Secundaria 4. Universitaria
F) Profesión (específique al máximo posible)_____
G) Cargo que ocupa actualmente _____
H) Situación laboral: 1. Contratado eventualmente 2. Fijo 3. Otros _____
I) Tiempo de experiencia en la profesión: _____ años _____
J) Centro o institución en que trabaja:_____
K) Tiempo que lleva en el mismo centro: _____ años
L) Tiempo que lleva en el mismo cargo: _____ años
M) Turnos: 1. No, horario habitual
2. Si: 2.1) Mañana 2.2) Tarde 2.3) Noche
N) Número de horas que trabaja en la semana: _____
O) Número de personas que atiende diariamente (promedio) en su trabajo _____ personas
P) Qué tiempo de su jornada diaria pasa en interacción con los beneficiarios de su trabajo?
1. Más del 75 % 2. Cerca del 50 % 3. Menos del 30 %
Q) Tiene que realizar tareas relacionadas con su trabajo en su casa, en horario extralaboral?
1. Sí 2. No Cuántas horas diarias (estimando promedio)? _____

Conteste ahora a las siguientes preguntas, circulando una opción, en una escala de 1 a 5, donde:

- 1 es "Nunca" o "Nada"
- 2 equivale a "Raramente" o "Poco"
- 3 es "Algunas veces" o "Algo"
- 4 es "Frecuentemente" o "Bastante", y
- 5 es "Siempre" o "Mucho".

1. EN GENERAL, ESTOY HARTO DE MI TRABAJO

Bibliografía

Álvarez MA.: El stress: un enfoque psiconeuroendocrino, Ed. Científico-Técnica, La Habana, 1987.

Antonovsky A.: Personality and health: testing the sense of coherence model. In: HS Friedman (Ed) Personality and disease. NY: Wiley & Sons, 1990.

Bayés, R.: Psicología Oncológica, 2a Ed. Barcelona: Martínez Roca, 1991.

Chacón, M.: Personalidad resistente, sentido de coherencia y Burnout en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. ENSAP, La Habana, 1999.

De Ridder, D y K. Schreurs: Coping, social support and chronic disease: a research agenda, Psychol. Health and Med. 1(1): 71-83

Domínguez, B, JM. Montes: Psicoinmunología: procesos psicológicos, inmunosupresión y efectos en la salud, Documento preparado por el Centro Nacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor y el Dpto. de Alergia e Inmunología del Hospital General de México, de la Seguridad Social. Versión de 14 de septiembre de 1998.

Dowrendwend BP, BS. Dohrenwend: Stressful life events. Their nature and effect, NY: Wiley, 1974.

Emmons, RA., E. Diener: Personality correlates of subjective well-being, Pers Soc Psychol Bull; 11:89-97, 1985.

Everly, GS: A clinical guide to the treatment ofthe human stress response, NY: Plenum, 1989.

Friedman H, R. Di Matteo: Health Psychology, NY: Prentice Hall, 1989.

García Fernández Abascal, E; A. Alfonso Roa: Evaluación psicofisiológica, en F.J.Labrador, M. Muñoz, J.A.Cruzado (Eds.) Manual de técnicas de modificación de Conducta, Ed. Pirámide, Madrid, 1993.181-224)

Grau J, Martín M, Portero D.: Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. Rev Interamericana de Psicología; 27(1), 37-58, 1993.

Grau, JA (2002): Estrés, salud, enfermedad. Conferencia impartida en PSICOSALUD 2002, La Habana, Palacio de Convenciones.

Hernández, L.: El síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. ENSAP, La Habana, 1995.

Hobfoll SE, Shoham SB, Ritter C.: Woman´satisfaction with the social support, J. of Pers. and Clin. Psychol. 1991, 61:332-341, 1991.

Hunter, EJ.: Combat casualties who remain at home. Paper to Westem Regiona Conference of Inter-University Seminar "Technology in Combat". Naval Postgraduate School, Monterrey, California, 1979.

Kanner, AD. JC. Coyne, C. Schaefer, RS. Lazarus: Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events, J Beh Medicine 1981; 4, 1-39.

Kerns, R. D., J. Haythornwaite, S. Southwick, E. L. Jr. Giller: The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptoms severity, Journal of Psychosomatic Research, 34 (4): 401-408, 1990.

Kiecolt-Glaser, JK, R. Glaser: Psychoneuroinmunology: Can psychological interventions modulate immunity? Consulting and Clinical Psychology ; 60(4), 569-75, 1997.

Kobasa, S.: The hardy personality: toward a social psychology of stress and health, In: GS Sanders, J Suis (Eds), Social Psychology of Health and Illness. Hillsdale, NJ: Elbaum, 1982.

Kurtner, N. G.: Social ties, social support and perceived health status among chronically disabled people, Social Science and Medicine 1987, 25: 29-34.

Labrador, FJ. (1995): El estrés. Nuevas técnicas para su control, Ediciones Madrid: Temas de Hoy, 1995.

Landeros, M.: Estrés y Burnout en enfermeras de servicios médicos y quirúrgicos del Hospital General Docente "Calixto García", Ciudad de la Habana, Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. ENSAP, La Habana, 1997.

Lazarus, RS, S. Folkman: Estrés y procesos cognitivos, Barcelona: Martínez Roca, 1986 (trad. española de "Stress, appraisal and coping", de 1984).

Liberman M. A.: A group therapist perspective on self help group, Journal of Group Psychology 2: 187-194, 1990.

Lin N.: "The effect of social support", en N. Lin, A. Dean y W. Endsel (Eds.) Social support, life evenys and depression, Rrlando Fla: Academic Press, 1986

Martín, M, J. Grau: Evaluación del enfermo con dolor crónico: orientaciones prácticas, Rev. Psicología de la Salud en Colombia ; 3:66-98, 1994.

M. Martín,: La evaluación psicológica del dolor. Estrategias para nuestro medio. Tesis doctoral, ISCMH, 2002.

B. Moreno, M. Alonso, E. Álvarez. Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. Psicología de la Salud 1997; 9(2):115-38.

Moreno B, R. Bustos, A. Matallana, T. Miralles: La evaluación del Burnout.

Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso, Revista psicológica de la Salud 1996;8(2):110-37.

Moreno, B. Burnout. Conferencia impartida en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, 1993.

Portales, A. Niveles de Burnout en enfermeras de servicios médicos y quirúrgicos, Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. ENSAP, La Habana, 1997.

Revenson, TA y SD. Majerovitz: Spouse´s support provision to chronically ill patient. J., of Soc. and Per. Rel 1990, 51: 770-778

Revista Psicología de la Salud 1996; 8(2):110-37.

Robbins, AS., JT. Spence, H. Clark. Psychological determinants of health and performance: the tangled web of deliverable and undeliverable characteristics, J Pers Soc Psychol 1991; 61(5):755-65.

Sandín, B: El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales, Rev. In. De Psicología Clínica y de la Salud, 3 (1), 141-157, 2004.

Schwartz, C.: Introduction: Old methodological challenges and new mind-body links in Psychoneuroinmunology, Advances: The Journal of Mind-Body Health 1994: 10(4), 4-7.

Schwarzer, R y A. Leppin: Social support and health: a theoretical and empirical overview, J. of Soc. and Per. Rel. 1981, 9: 99'127

Selye H. Stress without distress. Philadelphia: Lippincott, 1974.

Selye H. The stress of life. NY: McGraw-Hill, 1956.

Shumaker SA y Bronwell A. Toward a theory of social support, closing the conceptual gaps, J. of Soc. Issues, 1984, 40: 11-13

Suls, J., B. Mullen: Life events, perceived control and illness. The role of uncertainly, J of Human Stress 1981; 8, 4-12.

Taylor, SE. Coping styles in chronic diseases, in: D Goldberg, Brehnitz M (Eds). Handbook of stress. Theoretical issues and clinical applications. NY: McGraw-Hill, 1993, 219-28.

Terr, AI. Editorial: Psychoinmunology and the practice of allergy. Clinical and Experimental Allergy 1995; 25, 483-4.

Torres Rivas RM, F. Fernández, D. Maceira: Self-esteem and value of the health as correlates of adolescent health behavior. Adolescente 1995;30(118):403-12.

PARTE VI

Instrumentos de evaluación psicológica utilizando técnicas proyectivas

Capítulo 12

Instrumentos proyectivos para el estudio de la personalidad

12.1. Introducción a las Técnicas Proyectivas

Como recordarán, el concepto de proyección es tomado de Freud, quien en 1894 formula que la proyección es un mecanismo de defensa patológico, mediante el cual una persona atribuye a un objeto externo (persona o cosa) un rasgo o deseo propio que a su ego le resulta inadmisible, y se considera el acto de proyectar un dinamismo inconsciente. Posterior a 1913, Freud reelabora este concepto y argumenta "*…la proyección no está especialmente creada con fines de defensa, también surge cuando no hay conflictos…*"[16] Para este entonces, el término comprende proyecciones imaginativas, no reprimidas, de elementos que resultan aceptables para el sujeto.

El primero que utiliza el término proyección en un test psicológico es Murray. Este autor, en 1935, da a conocer el Test de Apercepción Temática (TAT) basado en la hipótesis de que las personas revelan algo de su personalidad cuando son confrontados a una situación social ambigua; idea que desarrolla, y posteriormente en 1938, sugiere que el TAT resulta una técnica útil como medio de exploración de la personalidad; plantea que a través de las respuestas que los sujetos elaboran, ante la situación estimular ambigua de las láminas, la persona "proyecta" elementos esenciales de su personalidad, y para entonces, basa sus ideas en el concepto de proyección dado por Freud después de 1913.

Pero no es hasta 1939 en que los instrumentos de evaluación psicológica que utilizan estímulos y consignas ambiguas para explorar la personalidad reciben la denominación de Técnicas Proyectivas; es el psicólogo norteamericano L. K. Frank quien acuña el término para este tipo de pruebas y lo hace con la concepción amplia del concepto; es decir, utiliza

[16] Freud, S.: Obras escogidas, p.

el concepto de proyección como hipótesis proyectiva, hablando de este tipo de tests, donde el instrumento es la vía de exteriorización de la estructura y organización interna de la personalidad y no un camino por donde sólo se obtienen los mecanismos de defensa para explorar el contenido del inconsciente.

Las técnicas proyectivas, mantienen su vigencia a pesar del tiempo y de no contar aún con un soporte teórico que la sustente; su valor estriba en la exteriorización que posibilitan; ellas exigen del sujeto elaboraciones personales relacionadas con sus experiencias pasadas, necesidades, motivaciones, intereses, estilos habituales de conductas y estados situacionales que matizan el modo de comportamiento del sujeto en el momento de realizar la tarea, lo cual resulta significativo para conocer su personalidad. Estas técnicas no tienen que ser necesariamente interpretadas bajo los conceptos de la teoría del psicoanálisis o de alguna otra teoría; una técnica puede ser útil y empíricamente válida, persiguiendo fines que se aparten del uso psicoanalítico frecuente, como puede ser conocer el nivel de maduración intelectual de un sujeto o estilos característicos a la hora de resolver problemas, etc.

Los materiales que componen las técnicas proyectivas son muy disímiles unos de otros, así como diferentes son las tareas que tienen que ejecutar los sujetos en función de la consigna que se les da, no obstante, todas estas técnicas tienen en su base el principio de la hipótesis proyectivas ofrecida por Frank.

Como bien dijo Freud la proyección es un mecanismo primitivo, y desde la visión de las técnicas proyectivas se puede decir que éstas existen desde que el hombre comenzó a plasmar en las paredes de las cavernas, mediante sus dibujos, la realidad subjetiva de su entorno.

12.2. Técnicas Proyectivas Gráficas

La proyección gráfica existe desde los tiempos en que el hombre primitivo comienza a plasmar en las paredes de las cuevas sus impresiones acerca del acontecer cotidiano de su vida. Los dibujos más antiguos, conocidos con el nombre de pictograma, representan la imagen de animales. La práctica del trabajo en colectivo, durante la caza o para protegerse de los animales, dio lugar a los primeros pasos en el proceso de socialización de aquellas personas, lo cual se aprecia en las formas más avanzadas de sus dibujos, donde se observan las acciones propias de esta interrelación de trabajo. Estas representaciones gráficas más próximas a nosotros en el tiempo reciben el nombre de ideograma. El ideograma es un conjunto de pictogramas, es el lenguaje utilizado por los antiguos, nos

dan información acerca de cómo eran sus ideas sobre la vida, las cualidades más apreciadas por ellos y cómo era el modo de vida de aquella época. Lenguaje que más tarde evolucionó hacia los símbolos del alfabeto. En cualquiera de estas formas de comunicación el hombre ubica su experiencia interna, su imagen interna, en el mundo exterior. Esto es lo que señala Kris, E. (1952) en relación a los dibujos: dibujar es un mecanismo de proyección mediante el cual se ubica en el mundo externo, una experiencia interna, una imagen interna.

El lenguaje, hablado, escrito o el gestual, se encuentra dentro de una norma comportamental para cada grupo social, pero en ocasiones encontramos personas que parecen estar fuera de contexto, porque utilizan modos de comunicación no habituales; en estos casos, esas personas están utilizando algún tipo de lenguaje alternativo para la comunicación, y para entenderlas se ha visto que el dibujo se convierte en un medio eficaz; los dibujos permiten entrar en el mundo de las emociones y los sentimientos; ellos nos dicen lo que las palabras no alcanzan a estructurar y facilitan la obtención de información sobre el nivel de maduración y funcionamiento que tiene la persona estudiada, ejemplo claro de ello son los niños de edades pequeñas, en los cuales el lenguaje no fluye de forma adecuada y sus emociones están aún poco estructuradas, para entender a los pequeños nos auxiliamos del lenguaje de los gestos, y los dibujos, como instrumentos excelentes para comprender y comunicarnos con el menor.

A pesar de lo difundido del uso de los tests gráficos, no cuentan con datos normativos, ni con un sistema objetivo de puntuación; la interpretación que se hace de los mismos, en muchas ocasiones, revela más la orientación teórica y la idiosincrasia del investigador que la dinámica de personalidad del sujeto estudiado, todo lo cual hace que estas pruebas sean poco confiables y válidas, por lo que no se pueden utilizar como instrumentos diagnóstico. Las técnicas gráficas sólo ayudan a la creación de hipótesis, acerca de la personalidad y sus conflictos, que deben ser confirmadas. Han demostrado tener valor como un medio para medir el desarrollo evolutivo de madurez mental en niños a través del análisis de los elementos estructurales del dibujo, el trazado, los detalles, la perspectiva, el uso de colores, etc.

A continuación, se exponen algunos de los tests más representativos entre técnicas gráficas: Figura Humana, HTP, Árbol; las cuales jamás usamos como instrumentos diagnósticos, sino de apoyo en la búsqueda de información a los fines del diagnóstico y tratamiento.

12.2.1. Dibujo de la figura humana de Machover

Nombre de la prueba: Dibujo de la Figura Humana de Machover
Autor: Karen Machover
Procedencia: Estados Unidos, 1948
Forma de administración: La prueba puede ser aplicada de forma individual o colectiva. La forma individual es la adecuada, sobre todo en niños pequeños.
Material: Papel blanco sin rayas y lápiz con goma.
Tiempo de aplicación: La prueba se aplica sin límite de tiempo.
Indicaciones al examinador: Pide al sujeto que dibuje una figura humana completa. Se le indica repetir el dibujo cuando hace una figura formada sólo por líneas rectas. El examinador debe estar seguro que no existen cuadros, revistas etc., al alcance de la vista de la persona que puedan servirle de modelos. En nuestro país se usa pedir al sujeto, cuando termina el dibujo, que dibuje otra figura del sexo opuesto, para lo cual se le entrega otra hoja de papel. Con niños menores de 12 años no se recomienda esta práctica. Se registra todo tipo de preguntas y comentarios, así como el orden estructural y estilo que sigue en la realización de la figura. El interrogatorio acerca del dibujo es opcional en dependencia del objetivo que se persiga con la prueba. El interés puede estar centrado en el dibujo mismo o ser necesario integrar un interrogatorio acerca de la/s figura/s. En el interrogatorio se busca obtener información acerca de la edad, sexo, familia, ocupación, ambiciones, si hay relación entre ambas figuras, etc.
Fundamentos de la prueba: se basa en la teoría psicoanalítica aunque diversos autores intentan otro soporte teórico.
Objetivos: La interpretación del dibujo debe tener en cuenta el desarrollo evolutivo de madurez mental, características de personalidad, e indicadores que denoten necesidades inconscientes.
Descripción: El dibujo de la figura humana es un test de gran uso entre los psicólogos en cualquier terreno del desempeño. La interpretación del dibujo, en la actualidad, debe tener en cuenta el desarrollo evolutivo de madurez mental alcanzada por la persona, característica de personalidad y el enfoque proyectivo, si aparecen indicadores que denoten necesidades inconscientes.

El test de la figura humana es una técnica valiosa para evaluar a niños, precisamente porque puede ser empleado como un test de maduración, aunque por la misma razón se utiliza en adultos. El libro "*Medición de la inteligencia por medio del dibujo*", de Goodenouht de 1926, es un

clásico de referencia para todos los interesados en el tema de evaluar el desarrollo mental.

El enfoque proyectivo del dibujo de la figura humana cuenta con destacados autores, entre ellos el más connotado es Karen Machover, pero a pesar de su amplio trabajo y las numerosas hipótesis basadas en la teoría psicoanalítica no brinda un soporte estadístico que sirva de base a sus afirmaciones. En general, hasta el momento no existe una teoría elaborada que explique cómo puede expresarse la personalidad a través de los indicadores que pautan el dibujo de la figura humana, no obstante, esta técnica continua presente entre las técnicas proyectivas, de tipo expresiva, de mayor uso en todo el mundo.

12.2.2- Dibujo de la casa, el árbol y la persona (HTP)

Nombre de la prueba: Dibujo de la casa, árbol y persona
Autor: J. N. Back
Procedencia: Estados Unidos, 1949
Forma de administración: La prueba puede ser aplicada de forma individual o colectiva. La forma individual es la adecuada sobre todo en niños pequeños.
Material: Papel blanco sin rayas y lápiz con goma.
Tiempo de aplicación: La prueba se aplica sin límite de tiempo.
Indicaciones al examinador: El examinador le pide al sujeto que dibuje una casa, cuando esta tarea concluye, se le dice que dibuje un árbol y finalmente, que dibuje una persona. Se le indica repetir la figura humana cuando hace un dibujo utilizando solamente líneas rectas (figura realizada con palitos). El examinador debe estar seguro que no existen cuadros, revistas etc., al alcance de la vista de la persona que puedan servirle de modelos. En nuestro país se usa pedir al sujeto, cuando termina el dibujo de la figura humana, que dibuje otra del sexo opuesto, para lo cual se le entrega otra hoja de papel. Con niños menores de 12 años no se recomienda esta práctica (algunos colegas con formación psicoanalítica recomiendan el dibujo de la pareja en niños pequeños). Se registra todo tipo de preguntas y comentarios así como el orden estructural y estilo que sigue la persona en la realización de los dibujos. El interrogatorio acerca del dibujo es opcional en dependencia del objetivo que se persiga con la prueba. El interés puede estar centrado en el dibujo o ser necesario integrar un interrogatorio acerca del mismo. Por ejemplo: si la casa está habitada o no, material con el que está construida, cómo se encuentran ventanas y puertas (cerradas o abiertas), tipo de árbol, edad del

mismo (joven o viejo) posición de las raíces cuando estas aparecen visible. Edad de la persona, observar qué sexo dibujó primero, etc.

Fundamentos de la prueba: se basa en la teoría psicoanalítica, aunque diversos autores intentan otro soporte teórico.

Objetivos: El autor considera que la casa debe despertar asociaciones concernientes al hogar del sujeto y aquellos que viven con él; el árbol debe evocar asociaciones relacionadas con el papel que desarrolla en la vida y con su aptitud para obtener satisfacción de su medio ambiente en general, y la persona ha de despertar asociaciones referentes a sus relaciones interpersonales (Anastasi, 1970)

Descripción: El HTP, (House-Tree-Person), dibujo de la casa, el árbol y la persona, es un test de amplio uso a pesar que, igual a como sucede con otras técnicas gráficas, no cuenta con una teoría que explique cómo puede expresarse la personalidad a través de los indicadores de estos dibujos.

Consideramos que la interpretación de los cuatro dibujos (incluye la pareja de la persona) debe tener en cuenta el desarrollo evolutivo de madurez mental que se pone de manifiesto en ellos, las características de personalidad y el enfoque proyectivo, si aparecen indicadores que denoten necesidades inconscientes (esto último depende, en mucho, de la formación teórica del investigador).

En el proceso de interpretación del HTP seguimos algunos criterios generales como son:

- Para que un rasgo sea tenido en cuenta ha de aparecer prácticamente en los tres (cuatro) elementos.
- En cada dibujo se realiza la interpretación dinámica y diacrónica.
- Primero se realiza la interpretación del árbol, lo cual ofrece información acerca de las características esenciales del individuo.
- En segundo lugar, la interpretación de la casa, integrando el nivel de relaciones y el carácter defensivo de las características de la persona.
- Por último, se analiza el dibujo de la persona, donde se puede valorar al sujeto según quiere mostrar o desea ser.
- Seguidamente, en el dibujo de la pareja, se examinan las relaciones interpersonales y/o familiares.
- En cada uno de los dibujos la interpretación intenta:
  - Evaluar el ajuste a la realidad, teniendo en cuenta la edad del sujeto.
  - Apreciar la fortaleza del Yo, es decir si la persona cuenta con mecanismos psicológicos apropiados para enfrentar las demandas cotidianas de la vida.
  - Valorar el área de la fantasía o pensamiento.

- Estimar la coherencia de los dibujos con la edad del sujeto.
- Considerar la presencia de conflictos o preocupaciones en áreas de interés.
- Unificar criterios (Hammer E., 1979) acerca de la colocación de las figuras en la hoja, tamaño de los dibujos, forma y fuerza de las líneas utilizadas y sombreado, o color (Exner, 1974)

• Finalmente realizamos la integración global de la información que ofrecen los dibujos.

Acentuamos, nuevamente, que los test de dibujos, a pesar de lo difundido de su uso, no cuentan con datos normativos, ni con un sistema objetivo de puntuación; la interpretación que se hace de los mismos, en muchas ocasiones, revela más la orientación teórica y la idiosincrasia del investigador que la dinámica de personalidad del sujeto estudiado, todo lo cual hace que estas pruebas sean poco confiables y válidas por lo que no se pueden utilizar como instrumentos diagnóstico. Las técnicas gráficas sólo ayudan a la creación de hipótesis, acerca de la personalidad y sus conflictos, que deben ser confirmadas. Han demostrado tener valor como un medio para medir el desarrollo evolutivo de madurez mental en niños a través del análisis de los elementos estructurales del dibujo, el trazado, los detalles, el sombrado, etc.

12.2.3. Test del árbol

Nombre de la prueba: Test del árbol
Autor: Charles Kosh, 1962
Forma de administración: La prueba puede ser aplicada de forma individual o colectiva. La forma individual es la adecuada sobre todo en niños pequeños.
Material: Papel blanco sin rayas y lápiz con goma.
Tiempo de aplicación: La prueba se aplica sin límite de tiempo.
Indicaciones al examinador: El examinador pide al sujeto que dibuje un árbol, que no sea el de un pino. El examinador debe estar seguro que no existen cuadros, revistas etc., al alcance de la vista de la persona que puedan servirle de modelos. Se registra todo tipo de preguntas y comentarios así como el orden estructural y estilo que sigue la persona en la realización de los dibujos. El interrogatorio acerca del dibujo es opcional en dependencia del objetivo que se persiga con la prueba. El interés puede estar centrado en el dibujo o ser necesario integrar un interrogatorio acerca del mismo. Por ejemplo: tipo de árbol, edad del mismo (joven o viejo), tipo de frutos, posición de las raíces cuando estas aparecen visible (por encima o debajo de la tierra), etc.

Fundamentos de la prueba: Técnica proyectiva que se basa en la teoría psicoanalítica.

Objetivos: El autor considera que el dibujo de un árbol es el medio de expresión de los estados psíquicos.

Descripción: La estructura del árbol comprende raíz, tronco y copa. Koch describe esta distribución como la estructura esencial del individuo, la raíz representa la parte más instintiva y las experiencias más tempranas, el tronco encierra la fuerza del yo mediante el ajuste de la circulación y organización de los elementos necesarios para la vida, mientras que, la copa representa la expresión más reciente social, intelectual y afectiva de la persona.

El dibujo de un árbol presenta la distribución de estas tres estructuras de diferentes maneras, y en ocasiones una de ellas no aparece, en estos casos lo más frecuente es que lo ausente sea la raíz.

El árbol crece hacia arriba en busca de luz y aire y también crece hacia abajo donde reina la oscuridad. La raíz es su punto de apoyo y su fuente de vida, representa la vida subterránea, indica los rasgos menos reconocibles del carácter, se sitúa en el límite de la vida conciente e inconsciente.

El tronco forma la parte media que mantiene el equilibrio entre la derecha y la izquierda, es el soporte de la copa, es el elemento más invariable del esqueleto del árbol. El tronco y las ramas contienen la madera o sustancia del árbol, el tronco debe considerarse como un centro, constituye el elemento vertical, el soporte, el eje, lo duradero y lo estable. En su estudio, se consideran sus dimensiones y proporciones (anchura, altura, etc.), la calidad de sus contornos (mayor o menor nitidez, continuidad, simplificación etc.), y sus deformaciones particulares (alargamientos, estrechamientos, estrías, etc.)

La copa, en su forma más clásica, es redondeada, la copa es la zona de relación del interior con el exterior, representa el intercambio de contactos y de la imagen de nuestras relaciones con la sociedad.

En el dibujo del árbol, la combinación de sus tres partes y los detalles particulares que aparecen en cada una de ellas, dan lugar a que la representación del árbol adquiera los más diversos aspectos, los cuales traducen la infinita variedad de los componentes de la personalidad.

En el proceso de interpretación del árbol se comienza por el análisis de su posición en la hoja de papel, su tamaño y seguidamente sus deformaciones específicas en cada una de sus tres partes. Los psicólogos que se dedican a trabajar con este test estiman que la información que se obtiene del dibujo de un árbol es más rica, en el estudio de la personalidad, si se indica sucesivamente dibujar tres árboles diferentes. De tal forma establecen los siguientes significados:

- primer árbol: actitud social, imagen que se quiere presentar de uno mismo;
- segundo árbol: actitud íntima, idea que se tiene de sí mismo;
- tercer árbol: llamado "árbol de la imaginación", porque expresa los problemas del momento en relación con el futuro, así como los proyectos, los sueños y las esperanzas.

R. Stora, especialista en este test, añade un cuarto árbol que se dibuja con los ojos cerrados y es indicativo de todo lo que en el inconsciente subsiste de los conflictos pasados.

En Cuba no se utiliza con frecuencia el test del árbol. Para nosotros, el árbol queda incluido en el Test de la casa, el árbol y la persona (en la indicación de la prueba se le dice al sujeto que no dibuje un pino).

En el proceso interpretativo del dibujo del árbol nosotros seguimos la siguiente estrategia:

- Evaluar el ajuste, a la realidad, del dibujo, teniendo en cuenta la edad del sujeto (cómo está representada la estructura del árbol).
- Valorar los aspectos estructurales, es decir, la colocación del árbol en la hoja, tamaño, forma y fuerza de las líneas utilizadas y sombreado.
- Apreciar la fortaleza del Yo o mecanismos psicológicos con que cuenta la persona para enfrentar las demandas de la vida (cómo está dibujado el tronco y la relación que se observa entre éste y las demás estructuras).
- Estimar el área del pensamiento y el contacto social (cómo está tratada la copa del árbol).
- Analizar la presencia de posibles tensiones que interfieren en el funcionamiento de la persona (forma y tratamiento de la raíz).
- Considerar la presencia de conflictos o preocupaciones en diferentes áreas de interés (cómo es el tratamiento dado a cada una de las estructuras).
- Reflexionar acerca de la conducta del sujeto durante la ejecución de la prueba.
- Finalmente, realizamos la integración global de la información que ofrece el dibujo.

Este test, como todas las técnicas expresivas gráficas cuya interpretación es cualitativa, depende, para su explicación de la formación teórica y habilidad del profesional que trabaja con ella. En general, no existe una teoría que explique cómo puede expresarse la personalidad a través de los rasgos del dibujo, todo lo cual hace que estas pruebas sean poco confiables y válidas, por lo que no se pueden utilizar como instrumentos diagnóstico.

12.3. Técnicas proyectivas de completamiento. Introducción

Las técnicas de completamiento son aquellos instrumentos en los cuales la persona tiene que responder con asociaciones libres a estímulos verbales o escritos, para concluir o completar la tarea. Ejemplo de ellas son:

Asociación de palabras de C. Jung creada en 1906, es la más antigua de estas técnicas. Jung seleccionó palabras-estímulo para representar complejos emocionales comunes. La tarea consiste en pedir a la persona que responda con la primera palabra que le viene a la cabeza a las palabras que el examinador le dice. Su uso es escaso en la actualidad.

El Test de tolerancia a la frustración, de Rosenzweig, 1944. Esta prueba consiste en un grupo de láminas ilustradas con figuras humanas; en cada lámina aparecen personas en interrelación, en las cuales, un personaje realiza un comentario mediante el cual frustra al otro y este segundo debe ofrecer una respuesta a dichas palabras; esas palabras son las que el examinado debe plasmar en el espacio comprendido para ello.

Técnicas de completamiento de frases, entre ellas la más conocida es la de J. B. Rotter, 1949. En esta técnica, el sujeto tiene que completar frases del tipo "Me gusta…; El tiempo más feliz….; etc.

Técnicas de completar historias, representativa de este grupo son las Fábulas de Düss, 1980. Estos cuentos, inacabados, hacen referencia a situaciones de la vida cotidiana infantil, son leídos por el examinador y el sujeto tiene que terminarlos. Los cuentos resultan técnicas útiles en el trabajo con niños, desde los 3 años de edad, en la exploración de preocupaciones, temores y conflictos infantiles.

A las técnicas de completamiento se le hacen los mismos señalamientos críticos que se realizan a todos los instrumentos proyectivos acerca de lo poco confiable y validos que son sus resultados, no obstante, la interpretación cualitativa que se hace de las mismas demuestran, en la práctica, su utilidad para establecer hipótesis de trabajo. El análisis cualitativo encierra, en sí mismo, una ventaja para este grupo de pruebas, ya que permiten con mayor facilidad (previo proceso de validación) el ajuste de sus ítems a la realidad de cada cultura y a los objetivos que se persiguen en cada ocasión. Tal posibilidad de este grupo de técnicas se debe a las ventajas que presentan, como son:

- La multiplicidad de respuesta a cada ítem.
- Una visión panorámica de la persona en estudio acerca de sus intereses, conflictos, preocupaciones, etc.

- Permite rastrear asociaciones que resultan extrañas dadas las características culturales en que vive esa persona.
- El tiempo de aplicación es breve y favorece la observación rápida de tensión emocional como son el sonrojo, risa, movimientos incontrolados, bloqueos, etc.

12.3.1. Test de completar frases de Rotter

La técnicas de completamiento de frases que presentamos es la de J. B. Rotter, creada en 1949.

La interpretación más común del Test de completar frases de Rotter es la cualitativa, a pesar de que su autor creó un sistema cuantitativo en una escala de 7 puntos para cada una de las 40 frases que contiene su prueba, de acuerdo a una tabla elaborada para hombres y mujeres donde aparecen clasificadas las respuestas en tres tipos: positivas, negativas y neutras. Las respuestas positivas son las que expresan reacciones de adaptación, de optimismo, de buenas relaciones interpersonales, etc. Se califican entre los puntajes 0, 1 y 2, el valor más bajo corresponde a la respuesta más positiva. Las respuestas negativas o de conflicto son las que expresan reacciones de hostilidad, pesimismo, infelicidad, malas relaciones interpersonales, etc. Se califican entre los puntajes 4, 5 y 6, el valor más alto corresponde a la respuesta más negativa. Las respuestas neutras son las que brindan poca información sobre la persona, este tipo de respuesta se califica con 3 puntos.

El trabajo del psicólogo consiste en buscar a cuál respuesta de la tabla se asemeja más la contestación dada por el sujeto, asignar el puntaje correspondiente a cada frase y sumar los puntos para obtener un total.

Las frases dejadas en blanco pueden ser indicadoras de conflicto. Por eso se tienen en cuenta en la formula mediante la cual se asigna el puntaje final alcanzado por la persona.

La fórmula:

$$\text{Puntaje alcanzado} + \frac{(40 \times \text{Total sin responder})}{40 - \text{Total sin responder}}$$

Teóricamente, el puntaje alcanzado se encuentra en un rango de 0 a 240. Lo normal sería estar entre 110 y 150, lo que daría el ajuste personal. Por encima de 150 se valora la presencia de desajuste. Con este sistema de calificación la información que se obtiene es muy limitada y

además, las respuestas que aparecen en la tabla, a modo de "norma", no tienen porque ajustarse a nuestros conceptos, por pertenecer a otra cultura con patrones de comportamiento algo diferentes a los nuestros.

La interpretación cualitativa no cuenta con un método específico, depende como en cualquier otra prueba proyectiva de la experiencia, entrenamiento y orientación teórica de quien interpreta. Además, como señalamos anteriormente, el test de completamiento de frases puede ser diferente al ideado por Rotter y responder a otros objetivos con indicaciones específicas de interpretación.

En Cuba, tenemos test de completar frases elaborados por diversos autores en dependencia de los objetivos que estos persiguen, por ejemplo: Armando Alonso ha diseñado una técnica para conocer las vivencias, conflictos, aspiraciones e intereses de los sujetos neuróticos en etapas tempranas del desarrollo. Fernando González, ha creado una prueba que es valorada por unidades de análisis, que consiste en un grupo de 10 frases aproximadamente, en las que toma en cuenta los indicadores de su concepción personológica. Gustavo Torroella, amplía la prueba de Rotter y le añade 10 frases, utilizándola con un fin vocacional en adolescentes y jóvenes.

Nosotros seguimos un sistema cualitativo de calificación, para jóvenes y adultos, tomando el esquema propuesto por Torroella, que permite formular hipótesis de trabajo en diferentes direcciones, siguiendo la correspondencia de ítems-variable, aunque tenemos en cuenta que esta correspondencia puede variar en dependencia del contenido de la respuesta que da el sujeto a cada ítem. Acorde a los resultados, es posible efectuar el análisis por áreas de interés, como son las tradicionales áreas: familiar, escolar, laboral, social, matrimonial-sexual y personal. Mediante esta técnica es posible encontrar la presencia de indicadores de alteraciones psíquicas que denoten síntomas útiles para el diagnóstico psicopatológico, así como rasgos de personalidad que se pongan de manifiesto.

Posibles variables a considerar:

Variable	Ítems
Auto-concepto	(18,23,25,32,37,38,48,49,50)
Estados interiores-afectividad	(5,6,9,12,13,20,28,29,33,34,43,44,51)
Motivaciones	(1,3,22,35,39,42,45,46,47)
Valores y actitudes	(8,16,31,41)
Problemas y fracasos	(2,15,21,26,46)
Relaciones interpersonales	(7,10,19)
Infancia y hogar parental	(4,11,14,17,36)
Sexo y matrimonio	(26)

Otra forma para la calificación del Rotter de adulto es la siguiente:

	Preguntas a considerar
1. Ítem en relación con la esfera familiar	4, 11, 35, 42
2. Ítem en relación con las relaciones interpersonales	7, 10, 14, 19, 38, 39, 40, 41, 42
3. Ítem en relación con los intereses y vocación	3, 14, 16, 21, 22, 34, 44, 47, 48
4. Ítem en relación con la esfera personal	1, 5, 6, 9, 12, 13, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 32, 33, 36, 37, 39, 42, 43, 45, 46, 49
5. Ítem en relación con el amor y el matrimonio	26, 42, 50

Instrucciones al examinado: Complete o termine estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas u opiniones. Trate de completar todas las frases.

El Rotter es una técnica que puede construirse en dependencia de los objetivos que se persiguen, como se comentó anteriormente, entre ellas tenemos Rotter para adolescentes, Rotter para ancianos, etc. Este conocimiento permite contar con una buena cantidad de estos instrumentos de completamiento, utilizados en nuestro medio, que son de extraordinario valor y los cuales podemos adquirir de acuerdo al interés que se persiga.

Los resultados obtenidos a través de las técnicas de completamiento constituyen hipótesis que deben ser verificadas mediante diversas baterías de pruebas psicológicas, entrevistas al paciente y otras fuentes de información.

TEST DE COMPLETAR FRASES (ROTTER)

Nombre y apellidos _____ Edad _____ Sexo _____
Escolaridad _____ Estado civil _____ Ocupación _____
Centro de trabajo o estudio _____

Instrucciones: Complete o termine estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas u opiniones. Trate de completar todas las frases.

12.3.2. Test de frustración, de Rosenzweig

"Test" de frustración, de Rosenzweig.[17] Combinando material pictórico y verbal, el Picture Frustration Study, de Rosenzweig (P-F), fue ideado de acuerdo con la teoría del autor sobre la frustración, y la agresión. Hay dos formas de este test, una para niños (de cuatro a trece años) y otra para adultos (de catorce años en adelante). Cada forma comprende una serie de dibujos semejantes a los de las películas animadas, que describen dos personajes principales. Una de estas personas se halla envuelta en una situación de ligera frustración, en un incidente corriente; la otra está diciendo algo que, bien ocasiona la frustración, o bien llama la atención hacia las circunstancias de la misma. Se dan instrucciones al sujeto para que escriba en el espacio que se deja en blanco lo que la persona frustrada contestaría. Se le insta para que dé la primera réplica que le acuda a la imaginación. Las situaciones frustratorias son de dos tipos. a) bloqueo del ego, en las que alguna obstrucción, personal o impersonal, impide, defrauda, priva o contraria de otro algún modo al individuo directamente; y b) bloqueo del superego, en el que el individuo es insultado, acusado o incriminado de otra forma por otra persona. En la figura siguiente se reproduce un elemento de la forma adulta.

El estudio del test de frustración se basa en el supuesto de que el sujeto se identifica con el personaje frustrado de cada lámina, y proyecta sus propias tendencias de reacción en las respuestas que da. Al puntuar el test, cada respuesta se clasifica con referencia al tipo de reacción y dirección de la agresión.

Entre los tipos de reacción se incluyen: dominancia-obstáculo, en el que se hace hincapié en la respuesta sobre el objeto frustrante; ego-defensa, en donde la atención se centra en la protección del individuo contrariado; y persistencia-necesidad, en el que lo importante es la solución del problema que produce la frustración. La dirección de la agresión se puntúa como: extrapunitiva, o volcada hacia el medio ambiente; intrapunitiva, o vuelta hacia el propio sujeto; e impunitiva, o desviada en un intento por paliar o evadirse de la situación. Se determina el porcentaje de respuestas que figuran en cada una de estas categorías. Se puede obtener también una estimación de la conformidad con el grupo (GCR) que presente la tendencia del sujeto a dar respuestas de acuerdo con las respuestas modales de la muestra de tipificación.

---

17 Tomado del libro de A. Anastasi. (1970) Los Test Psicológicos. Editorial Revolucionaria. En Alonso Álvarez. A. y col. Psicodiagnóstico. Selección de Lecturas. Editorial Félix Varela. La Habana, 2003

Se han reunido normas para el estudio P-F en numerosos grupos especiales, pero no se dispone de normas nacionales sistemáticas, ni se da información suficiente en lo relativo a las características de las muestras normativas. Se dan normas separadas, con traducción, para varios países de Europa, Asia y África.

Fig. 12.1. Elemento ilustrativo del estudio P-F de Rosenzweig. (Reproducido con permiso de Saúl Rosenzweig)

La estabilidad temporal y la consistencia entre los elementos del test son bajas. Seria deseable una revisión que utilizara el análisis de elementos para obtener una mayor consistencia interna, en tanto que la actuación en los elementos separados se sume para dar puntuaciones totales. El acuerdo entre puntuadores solo es moderado.

Los estudios sobre la validez han dado algunos resultados positivos y otros negativos. El estudio P-F, por ser más limitado en el campo que

abarca, tener una estructuración más alta y ser relativamente objetivo en sus procedimientos de puntuación, se presta mejor al análisis estadístico que la mayoría de las restantes técnicas proyectivas. Se han realizado también esfuerzos más sistemáticos para reunir normas y comprobar su fiabilidad y validez. En su forma presente, sin embargo, no se ha establecido su valor como instrumento objetivo. Su uso debe, por tanto, quedar limitado por las mismas precauciones que se aplican a otras técnicas proyectivas. Como algunos otros instrumentos proyectivos, el estudio P-F ha sido adaptado por otros investigadores para trabajar sobre las actitudes. Se ha seguido el método general del estudio P-F en tests especialmente ideados para estudiar las actitudes hacia grupos minoritarios y las opiniones sobre la guerra.

12.4. Introducción a las Técnicas narrativas

Las técnicas narrativas son aquellas en las cuales se le pide a una persona que narre algo acerca de un tema que se le sugiere; estas técnicas tienen muchos usos cuando del estudio de la personalidad se trata, existen muchas formas ideadas con este fin, y permiten la posibilidad de crear otras nuevas que pueden ser elaboradas a partir de los intereses del investigador; esta es una ventaja que ofrecen dichas técnicas. El valor de las técnicas narrativas se restringe, igual que ocurre en muchas de las técnicas proyectivas, a la obtención de información que carece de validez y fiabilidad normativa, pero resulta muy útil a los fines del trabajo con un sujeto concreto.

La descripción narrativa que hace el individuo concierne al sí mismo, y ese es el valor de las técnicas que se proponen estudiar en este epígrafe. Estas obligan al sujeto a centrar su atención en el modo de cómo el individuo se ve a sí mismo y ve a los demás; estas técnicas reflejan la influencia de la psicología fenomenológica, en el estudio de la personalidad mediante técnicas proyectivas, que atiende fundamentalmente a la forma en que el individuo percibe los acontecimientos de su vida.

- Al individuo se le orienta hacer una composición o narración acerca de….
- Se pueden aplicar en sujetos de distintas edades y no tienen límite de tiempo.

Los temas son diversos, se pueden crear muchos más; y se puede escoger uno solo para indicar la narración o varios de ellos, todo está en dependencia del interés del estudio.

Temas para la composición o narración:

- El sentido de mi vida.
- Cómo soy.
- Cómo quisiera ser.
- Cómo son las demás personas.
- Cómo los demás me ven.
- Mi futuro debe ser.

Los temas encierran en sí mismo un valor que es el que se pretende analizar. Ejemplo de lo que se pretende valorar en algunos de estos temas es:

- Valoración de su vida.
- Concepto de sí.
- Concepto del hombre social promedio.
- Yo ideal.
- Valoración de su futuro .

La interpretación de las técnicas narrativas centra su interés en valorar el grado de aceptación de sí mismo que muestra el individuo, y conocer la existencia de conflictos al comparar el concepto privado del individuo sobre sí mismo con su concepto social del yo, y el cómo él cree que lo ven los demás. También, el interés de la interpretación puede centrarse en el grado de aceptación de sí mismo que muestra el individuo, y el valor que le da a su vida y al futuro. La interpretación es cualitativa, individual, y está sujeta a la situación de cada caso en particular, y por lo tanto a los temas que se escojan.

El resultado obtenido mediante estos test debe ser corroborado por información obtenida por otras pruebas y personas cercanas al sujeto.

La interpretación de estas pruebas puede basarse en la hipótesis de Loevinger, donde el sujeto, al describirse, lo que muestra es: apariencia, actitud defensiva, deseabilidad social y al hacerlo pone de manifiesto su estilo personal.

Loevinger sugiere que la aptitud para formar un concepto del yo aumenta con la edad, la inteligencia, educación y nivel socioeconómico que alcanza la persona: el niño pequeño es incapaz de una conceptualización del yo; y a medida que se desarrolla la aptitud en la adolescencia se forma gradualmente un concepto de sí mismo estereotipado, convencional y socialmente aceptable; en la adultez el individuo progresa, pasando

de este concepto estereotipado a un concepto diferenciado y realista del yo. Este autor sostiene que el nivel de conceptualización que el individuo alcance es un determinante básico del control de sus impulsos, sus actitudes sociales y otros importantes aspectos de su personalidad.

Bibliografía

Alonso, A.: Valoración y uso de las técnicas proyectivas para el estudio patopsicológico de las neurosis, Rev. Cubana de Psicología, Vol. III, No, 3, 1986.

Anastasi, A.: Test psicológicos, Ed. Revolucionaria, Instituto del Libro, 1970.

Anderson, H.: Técnicas proyectivas. Exploración de la dinámica de la personalidad, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1964.

Bell, J.: Técnicas proyectivas. Exploración de la dinámica de la personalidad, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1964.

Bellak, L.: El uso clínico de las pruebas psicológicas del TAT, CAT y SAT, Editorial El Manual Moderno,1979.

Calviño, M.: Algunas consideraciones metodológicas sobre los métodos proyectivos y la teoría de la actividad, Psicología, H. P. H. No. 1 Vol. IV. Enero-abril 1981.

Cid, Rodriguez J.M.: Test del Árbol, Universidad de Granada; 1998

Colectivo de autores: Psicodiagnóstico, Selección de Lectura, Editorial Félix Varela, La Habana, 2003

Exner J. E.: Sistema comprensivo del Rorschach. Madrid: Pablo del Río Editor S.A.; 1978.

Exner, J. E. El Rorschach. Un Sistema Comprehensivo, Ed. Psimática. España, 1994.

Exner, J. E. C. Sendín, Manual de Interpretación del Rorschach, Ed. Psimática, España, 1998.

Fernández-Ballesteros, R.: Introducción a la evaluación psicológica, Ediciones Pirámide, Madrid, 2001.

Freud, S.: Obras escogidas, Ed. Ciencia y Técnica, La Habana, 1971.

González, F.: Análisis crítico del uso de los test y de las pruebas proyectivas en el diagnóstico de la personalidad, en "Algunas cuestiones teóricas y metodológicas sobre el estudio de la personalidad", Ed. Pueblo y Educación, La Habana, 1982.

Hammer E.: Test Proyectivos gráficos, Barcelona: Paidós; 1979.

Rodulfo R.: Dibujos fuera del papel. Barcelona, Paidós; 1999

Sendín. Ma.C.: Exploración de la personalidad, en Diagnóstico Psicológico, Editorial Psimática, España, 2000.

PARTE VII

Instrumentos de evaluación psicológica infantil

Capítulo 13

Instrumentos de evaluación Infantil

13.1. Introducción: Particularidades del trabajo evaluativo con niños y adolescentes

La población de niños y adolescentes que concurren a las consultas de psicología es amplia, ya el hecho de asistir a consulta representa una característica peculiar que no acompaña a la mayoría de la población adulta que lo hace, y es que dicha asistencia se produce por interés de los padres, maestros, médico o algún adulto que recomienda llevarlo a consulta. En muchas ocasiones, incluso, el infante o el adolescente desconoce que se le lleva a consulta de un psicólogo; es decir, no asisten de forma voluntaria y es conveniente recordar que algunas personas de la población tienen el criterio que al psicólogo van los locos y los menores no están exentos de tan lamentable idea.

Ya en consulta, una vez que los padres señalan los síntomas o alteración de la conducta del niño y la interpretación que de ello hacen; los especialistas se encargan de realizar una labor integradora, contextualizada de esa información, y para ello, el trabajo con el menor resulta una de las vías de información valiosa, y requiere de la participación de todo el personal que tiene bajo su responsabilidad estudiar al menor.

El trabajo con niños se diferencia sustancialmente del que se realiza con los adultos; el pequeño cuenta con particularidades dadas por su madurez mental y afectiva, y las características propias del medio, en el cual ha crecido, que modelan su desarrollo.

Esas particularidades del menor necesitan ser tenidas en cuenta cuando se atiende a un niño y en especial, durante la realización de pruebas psicológicas, ello pauta una serie de consideraciones de las que depende la integración de los resultados que de estos exámenes se obtenga.

Es importante destacar que el examinador no es un aplicador mecánico de instrumentos de evaluación, el resultado de su labor es primordial para el proceso de evaluación psicológica y las decisiones futuras a

seguir con cada paciente; la observación detallada desde distintas ópticas del problema de comportamiento en un niño permite depurar aspectos importantes acerca de dónde provienen los problemas que el menor está confrontando, el nivel de gravedad de la alteración y las consecuencias para el niño; de ese modo, el psicometrista participa del proceso diagnóstico e interventivo; sus observaciones suelen facilitar aspectos preventivos de gran valor y la carencia de dichas observaciones, en este terreno, puede favorecer la cronificación o complicación de la situación que presenta el menor, y demorar la solución de muchas dificultades evolutivas. Para contrarrestar este riesgo, resulta prioritaria la coordinación de todos los que de una forma u otra tienen que ver en la atención del niño de modo general, donde la labor del psicometrista resulta de inestimable valor.

Diversos aspectos son tenidos en cuenta en el trabajo que se realiza con niños, durante la aplicación de instrumentos de medida, que tienen que ver con diferentes factores como son:

La edad, es un factor que determina el manejo que se haga del menor; no es igual trabajar con un niño de 5 años que con un adolescente de 12. El niño de menor edad necesita de un trabajo individual y la aprobación de lo que hace como medio para estimularle a continuar su ejecución en las pruebas; la actividad evaluativa con niños menores tiene una tónica de juego y es factible la pérdida de interés en la tarea de forma más rápida que el niño mayor, situación que obliga a planificar la actividad evaluativa en varias sesiones para evitar la fatiga y el aburrimiento; y en la propia sesión, entre pruebas, intercambios comunicacionales entretenidos para el menor y permita continuar con la siguiente prueba. Los dibujos suelen ser una actividad que realizan a gusto y pueden usarse intercaladas entre pruebas que requieran más tiempo y esfuerzo.

El grado escolar, puede ser indicativo de la madurez mental alcanzada por el niño, y permite tener una idea del volumen de su vocabulario y la información educacional que posee, todo lo cual es de utilidad para el establecimiento del rapport y la organización en la aplicación de las pruebas; pero no es un indicador fiel de la realidad.

El desarrollo evolutivo alcanzado, no necesariamente va a la par con la edad y el grado escolar. El examinador evalúa la conducta del joven desde el momento mismo que llega a consulta, y va modelando dicha evaluación a medida que transcurre el tiempo de observación y obtiene los resultados en las pruebas.

La observación de la conducta del menor, como risas, juegos, preguntas, tonos de voz, una variación inesperada de su comportamiento etc., no adecuados para su edad son registrados en el momento en que se

produce y se relaciona con el tipo de prueba o ítems, etc., ello ayuda a conocer la intensidad y significación de los cambios del comportamiento.

Es importante conocer que el niño expresa los trastornos psicológicos de modo diferente a como lo hacen los adultos, por ejemplo, mientras un trastorno depresivo en sujetos adultos casi siempre ofrece signos observables de tristeza, apatía, desinterés, pesimismo y enlentecimiento de la actividad; en un niño, el mismo trastorno puede manifestarse por la presencia de inquietud, irritabilidad, trastornos de conducta o merma del rendimiento escolar, que recuerdan escasamente la sintomatología de la depresión adulta. Con ello, la depresión infantil pasa frecuentemente desapercibida para el entorno, salvo que se lleve a cabo una observación y evaluación cuidadosa del menor, y se tengan en cuenta estas diferencias. Otro tanto ocurre con distintas manifestaciones del malestar psíquico, que adoptan formas peculiares de expresión, en función del nivel de desarrollo evolutivo del individuo. De aquí la importancia del trabajo de observación y evaluación del comportamiento del menor que realiza todo el personal que trabaje con él y en especial el psicometrista.

En la evaluación infantil resulta a menudo imprescindible poner énfasis en la exploración de los aspectos intelectuales, debido a que representan una vía para explorar la madurez mental y el posible desarrollo e integración social alcanzado por el menor, es conocido que los déficits cognitivos suelen acompañarse de dificultades en las relaciones con los demás niños y presentar problemas de relaciones en el aula.

Cada indicador por separado, producto de la observación, resulta muy poco significativo, pues algunos de ellos pueden aparecer de forma aislada; su valor discriminativo es cuando se puede crear una configuración como constelación de variables, de tal modo su apreciación es posible si las mismas conductas son registradas en diferentes momentos por todo el personal del equipo; lo contrario, es decir, ausencia conjunta de indicadores patológicos, apunta hacia la no existencia o hacia la levedad del daño psicológico que presenta el menor; y en ocasiones, también mediante la observación, pueden detectarse indicadores que registren trastornos físicos que no han sido identificados. Es importante también buscar información acerca del medio en que vive y se relaciona el menor y conocer si pertenece a población de riesgo.

Una vez revisada la información disponible acerca del niño, se precisan los siguientes aspectos como los más frecuentes de algún tipo de daño, retraso o alteración en la adquisición propia del desarrollo evolutivo, de acuerdo a la edad, como son:

- Retraso motriz.
- en las relaciones con los demás niños y con los adultos.
- en las relaciones con las cosas.

- en las funciones cognitivas.
- Alteración o empobrecimiento de la actividad lúdica.
- Trastornos de conducta sin conexión directa con situaciones externas específicas (por inhibición o expansión).
- Oscilaciones significativas de los afectos.
- Aumento de la irritabilidad.
- Inquietud psicomotora.
- Dolores o quejas recurrentes.

La observación de alguna de estas alteraciones requiere se precise de forma amplia la conducta observada, su intensidad y frecuencia de aparición.

Cuando se aplican tests en niños, se deben seguir algunas indicaciones en su manejo:

- La situación de prueba representa una carga de ansiedad para el sujeto que se siente evaluado, y el temor al fracaso u otras ideas y sentimientos generan malestar en los mismos.
- Siguiendo la idea anterior, es conveniente evaluar si se debe retirar una prueba cuando el sujeto se ha pasado del tiempo para su realización o si se debe permitir que la persona termine la misma (se refiere a la demora en test que no requieren de tiempo pero que cuentan con un promedio estimado de éste para su realización). Esta decisión queda en manos del psicometrista, de acuerdo a la valoración que tiene del sujeto en estudio; en ocasiones es conveniente permitirlo, para evitar sentimientos de frustración y pena que obstaculizan la continuación exitosa de la tarea, dado el efecto de la motivación por haber terminado, mientras en otras personas o momentos la interrupción de la tarea puede representar un alivio para el sujeto. La observación detenida del sujeto facilita la flexibilidad de la conducta a seguir a fin de no aumentar el malestar de la persona, todas estas observaciones deben quedar registradas.
- El examinador debe crear condiciones de aplicación favorables como son ventilación, iluminación, etc., que faciliten la concentración y un ambiente que permita la intimidad, sobre todo cuando se trabaja con niños pequeños.
- La aplicación de las pruebas debe hacerse en horas tempranas del día para evitar el efecto negativo del cansancio, el apresuramiento, la ansiedad, etc.
- Se debe estar atento que la persona examinada no presente, en ese momento, alteraciones de la salud, aunque leves, disminuyen

el grado de motivación, la eficacia de los procesos de atención-concentración y en definitiva, la eficiencia en la ejecución y su disponibilidad a cooperar.

- La duración de las sesiones de examen con pruebas depende de la edad del sujeto y de la situación misma del examen. Como regla general, no se recomienda sobrepasar los 30 minutos con niños menores de 7 años; alrededor de 45 minutos con sujeto de 7 a 13 años; 1 hora con adultos, puede extenderse a 1:30 horas, teniendo en cuenta observaciones de cansancio etc.
- No obstante, si durante el tiempo de la aplicación se observan indicaciones de inquietud, desinterés, distracción, independientemente de la edad se hace algún descanso o se suspende para otra consulta, por ello se debe planificar el trabajo de administración en dependencia del tipo y edad del sujeto.
- El examinador debe tener conocimiento previo de la prueba que va aplicar. La aplicación no se puede reducir a una lectura rápida de las instrucciones de la prueba.
- Con niños pequeños, es necesario lograr que ellos superen la timidez ante los extraños, el negativismo o la rápida fatigabilidad, para ello se dedica un tiempo a conversar con el menor antes de comenzar a aplicar, y es importante hacerlo sin alterar las instrucciones estándar de aplicación.
- Sabemos que el niño es una persona en constante evolución, por tal motivo, las conclusiones que se obtienen de un estudio psicológico tienen validez para ese momento de su vida pero, no pueden mantenerse como estables y definitivas. Es conocido también que un niño puede obtener en una prueba de inteligencia una calificación por debajo de la media sin ser realmente deficiente, sino un caso de seudo retraso, o un problema de subculturalización. Por ello, la calificación cuantitativa de las pruebas infantiles no puede efectuarse de forma mecánica; es necesario preguntarse e indagar ¿cómo llegó a ese resultado? ¿comprende lo que tiene que hacer? ¿en qué momento de la prueba comienza a disminuir su rendimiento, en que tipo de ítems, a qué tiempo de haber comenzado? ¿qué factores psicológicos pueden estar implicados en ello?, etc.

13.2. Instrumentos para el estudio de la inteligencia y otros procesos psíquicos

13.2.1. Test de Matrices Progresivas: Raven Infantil

No. de ítems: 36.

Aplicación: El Raven infantil puede ser aplicado de forma individual o colectiva, en niños pequeños debe ser de forma individual.

Tiempo de aplicación: La prueba de Raven no tiene tiempo límite de aplicación, pero se toma el tiempo en que el sujeto demora en realizarla.

Descripción: El test de Matrices Progresivas del Raven infantil consta de 36 matrices o dibujos a color, a cada uno de estos dibujos le falta una parte. Estas matrices se agrupan en tres series (A, B, C) Cada serie está integrada por 12 ítems. Dentro de cada serie, a medida que avanza la tarea, va en aumento el grado de complejidad de la misma. Siempre la serie precedente presenta menor complejidad que la siguiente, aunque en cada nueva serie los primeros ítems tienen menor complejidad que los últimos que le antecedieron de la serie anterior; esta versión es aplicable a menores comprendidos entre los 5 y 11 años de edad, también se utiliza en adultos deficientes mentales.

El fundamento que sustenta la prueba es el mismo que plantea el Raven de adultos, la teoría de los factores de Spearman (1927) acerca del Factor G de la inteligencia. Por tratarse de un test no verbal y por las funciones psicológicas que intervienen en la solución de los problemas, se plantea que el Raven es una prueba independiente de la cultura, no obstante, es evidente que el nivel de instrucción y la experiencia del sujeto influyen en los resultados obtenidos en el test.

Orientaciones al examinador: Entregar al sujeto la hoja de respuesta, donde debe llenar los datos generales que le pide la prueba, para lo cual da un fondo de tiempo. A continuación, entrega el folleto de prueba y señala que en éste no se puede realizar marca alguna, todas las anotaciones se realizan en la hoja de respuesta. Ofrece las instrucciones utilizando el folleto y la hoja de respuesta, mientras los sujetos confronten con la mirada las orientaciones que reciben:

- El test consta de dibujos, a cada uno de estos dibujos le falta una parte, y él debe elegir la parte que falta entre las alternativas posibles que aparecen debajo.
- Aclarar que siempre hay sólo una respuesta correcta.

- Decir y mostrar, estos dibujos se agrupan en tres series (A, B, C) y cada serie está integrada por 12 dibujos, lo cual pueden observar en el folleto y en la hoja de respuesta. Con los niños pequeños la tarea es individual, a modo de juego, sin decir cual es la respuesta correcta; en los menores se observa cansancio y aburrimiento con más rapidez que en los mayores, por lo tanto, alternar cada serie, o cuando aparezca la desmotivación por la tarea, con dibujos, relatos, deseos, o conversación sobre amiguitos, paseos etc.
- En la hoja de respuesta deben trabajar en columna completando una serie cada vez; al concluir el ejercicio 12 de la serie A pasa a la serie B, comenzando por el ítem 1, cuando complete el ítem 12, de la serie B, pasa a trabajar en el ítem 1 de la serie C, hasta completar el dibujo 12.
- Los tres primeros ejercicios se realizan conjuntamente con el sujeto, es decir, el examinador debe pedir a los sujetos que digan cuál es el número del pedazo que falta en esos ejercicios, y debe chequear que dicho número se coloque en la hoja de respuesta en el lugar correcto.
- Después de comprobado que el sujeto sabe cómo proceder, se les dice que a medida que avanza la prueba las tareas aumentan en complejidad, y que ante cualquier duda pueden preguntar.

El examinador no puede dar orientación alguna acerca de cuál es la respuesta correcta; ante las preguntas de los sujetos puede responder: la que considere correcta es la que debe poner en la columna correspondiente.

En dependencia de la pregunta, también puede decir al sujeto, debe analizar el cambio de las figuras en la secuencia horizontal, vertical y diagonal, lo cual lo ayudará en su decisión.

Calificación:

- Colocar encima de la hoja de respuesta del sujeto la plantilla calada con las respuestas correctas, de forma rápida realiza la calificación del protocolo, otorgando 1 punto por cada respuesta correcta.
- La calificación se realiza por columna, lo cual permite observar el grado de dificultad que es capaz de resolver el sujeto.
- La puntuación total, se lleva a la tabla de Puntajes y Percentiles por Edad, donde se busca, en la columna de edad, el percentil correspondiente a la puntuación obtenida por el sujeto.
- El percentil se lleva a la Tabla de Diagnóstico, donde se obtiene el rango y el diagnóstico correspondiente a esa persona.

Hoja de Respuesta. Raven Infantil

Nombre _____ Edad _____
Sexo _____ Grado escolar _____ Escuela _____
Fecha de nacimiento: _____ Día _____ Mes _____ Año _____

No	A	No	AB	No	B
	Número correcto		Número correcto		Número correcto
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
5		5		5	
6		6		6	
7		7		7	
8		8		8	
9		9		9	
10		10		10	
11		11		11	
12		12		12	
Puntaje Parcial:		Puntaje Parcial:		Puntaje Parcial:	

Hora de comienzo:
Hora de fin:
Puntaje Total:
Percentil:
Rango:
Diagnóstico:
Examinador:

Tabla 13.1. de calificación. Raven Infantil

A	B	C

Tabla 13.2. de Rango y Percentil por Edad. Raven Infantil (5 ½ a 11)

R	P	5 ½	6	6 ½	7	7 ½	8	8 ½	9	9 ½	10	10 ½	11
I	95	19	21	23	24	25	26	28	30	32	32	33	35
II	90	17	20	21	22	23	24	26	38	31	31	31	34
III +	75	15	17	18	19	20	21	23	26	28	28	29	31
III -	50	14	15	15	16	17	18	20	22	24	24	26	28
IV +	25	12	13	14	14	15	16	17	19	21	22	22	24
IV -	10	-	12	12	13	14	14	15	16	18	20	20	21
V	5	-	-	-	12	12	13	14	15	16	17	17	17

Tabla 13.3. Diagnóstico. Raven Infantil

R	P	Diagnóstico
I	85	Superior
II	90	Superior al término medio
III	75	Superior al término medio
III +	50	Término medio
III	50	Término medio
III -	50	Término medio
IV +	25	Inferior al término medio
IV	10	Inferior al término medio
V	5	Deficiente

13.2.2. Dibujo de la figura humana de Goodenough

Autor de la prueba: F. L. Goodenough

Administración: Individual o colectiva a partir de los 3 años de edad hasta los 14 años (en las edades más pequeñas se aconseja realizar la forma individual)

Duración: 10 a 15 minutos

Fundamentación teórica: Se trata de una técnica para medir inteligencia general, mediante el análisis de los detalles de la figura humana que aparecen en el dibujo.

La autora concibió la hipótesis de que cuando un niño traza la figura humana sobre un papel, no dibuja lo que ve, sino lo que conoce sobre la figura humana, y por lo tanto, no ofrece una expresión de su capacidad artística sino de su repertorio conceptual; y pensó que el volumen de ese repertorio conceptual, crece con la edad mental y este progreso se refleja en el dibujo de la figura humana.

¿Por qué la medición del dibujo de la figura humana permite la medición de la inteligencia?

Goodenough plantea que al medir el valor de un dibujo se mide el valor de las funciones de asociación, observación analítica, discriminación, memoria de detalles, sentido espacial, coordinación viso manual, y por tal motivo creyó que el dibujo de la figura humana permitiría conocer la edad mental de un sujeto y su coeficiente intelectual.

La escala que propone con ese fin permite valorar los siguientes aspectos:

a) Cantidad de detalles representados
b) Proporcionalidad; es decir, la proporción que aparece entre las diferentes partes de la figura ¿la cabeza es proporcional? ¿el tronco es más largo que ancho?
c) Bidimensionalidad; la presencia de la representación del cuello, las piernas, los brazos, etc., en dos medidas o una sola (se refiere a la representación de estas partes mediante dos líneas o una sola línea)
d) Transparencia: las prendas de vestir, los cabellos son opacos o transparentes.
e) Congruencia: unión de los miembros al tronco.
f) Plasticidad: el pulgar está en oposición, la mano se diferencia del brazo y de los dedos, las orejas están correctamente ubicadas.
g) Coordinación viso motora: seguridad en el trazado.
h) Perfil: si lo logra o no.

Estructura y calificación: Goodenough concluyó su escala seleccionando 51 ítems que se ajustan a uno o varios de los criterios anteriores y los catalogó por orden de complejidad creciente.

Utilidad de la prueba: Facilita establecer rapport con la persona y lograr un ambiente apropiado para la aplicación del resto de los tests, y permite un despistaje grueso de diferencia mental.

Críticas: forma superficial y mecánica de medir la inteligencia, y no aparece la valoración de otros aspectos que tienen que ver con la dimensión que se intenta evaluar.

Índices clínicos: Coordinación viso manual y problemas perceptuales y espaciales.

Orientaciones al examinador:

Consigna: Quiero que dibujes una persona y que lo hagas de la mejor forma posible.

Materiales: Lápiz, papel y goma de borrar

Calificación: Se cuenta un punto por cada elemento positivo de la figura. Cuando se termine de valorar la figura se suma el total de puntos; después con ese puntaje se busca en la Tabla de edades mentales de Goodenough la edad mental (EM), y conociendo la edad cronológica (EC), se halla entonces el coeficiente de inteligencia (CI) mediante la

fórmula que se muestra a continuación, seguidamente, con el CI se busca en la Tabla de nivéles de inteligencia el diagnóstico de nivel de desarrollo intelectual alcanzado por la persona evaluada.

$$CI = \frac{EM}{EC} X\ 100$$

EM - Edad mental
EC - Edad cronológica

CLAVE DEL TEST DE INTELIGENCIA POR MEDIO DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE GOODENOUGH

Cabeza y miembros:

1. Cabeza presente.
2. Presencia de las piernas.
3. Presencia de los brazos.

Tronco y hombros:

1. Presencia del tronco.
2. Tronco más largo que ancho.
3. Hombros debidamente ubicados.

Unión de los miembros.

1. Unión de brazos y piernas en cualquier punto del tronco.
2. Unión correcta de extremidades al tronco.

Cuello:

1. Presencia del cuello.
2. Continuación del contorno del cuello con el de la cabeza.

Detalles de la cara:

1. Presencia de los ojos.
2. Presencia de la nariz.
3. Presencia de la boca.
4. Presencia de la nariz y la boca.

Bidimensionales:

1. Los dos labios mostrados.
2. Presencia de los orificios de la nariz.

Pelo:

1. Presencia del pelo.
2. Cabello abundante: no limitado a la circunferencia de la cabeza. Mejor que un garabato.

No transparencia: no se muestra el perfil de la cabeza a través del pelo.

Ropa o vestido:

1. Presencia del vestido.
2. Dos prendas de vestir por lo menos, sin transparencia, es decir, ocultando la parte del cuerpo que se supone que cubra.
3. Cuatro o más prendas de vestir, sombrero, zapatos, saco, camisa, corbata, cinturón o tirantes, pantalones.
4. Vestido completo.

Dedos:

1. Presencia de los dedos.
2. Número correcto de los dedos.
3. Detalle correcto de los dedos.
4. Pulgar opuesto (oponible).
5. Manos diferenciadas de brazos y dedos.

Articulación de los miembros:

1. Articulación del brazo presentando hombros o ambos.
2. Articulación de las piernas, rodillas, tobillos o ambos.

Proporción de la cabeza, las piernas y los brazos:

1. Proporción de la cabeza: no más de un medio ni menos de 1/10 del tronco.
2. Proporción de los brazos: igual o poco mayor que el tronco, pero sin alcanzar la rodilla.
3. Proporción de las piernas: ni inferior al largo del tronco, ni superior al doble de la misma.
4. Proporción de los pies: más largos que altos; longitud en 1/3 y 1/10 del largo de las piernas.
5. Brazos y piernas (bi-dimensión).

Talón:

1. Talón.

Coordinaciones motrices:

1. Coordinación motriz (línea A), líneas firmes sin tendencia a cruzarse.
2. Coordinación motriz (línea B) líneas trazadas firmemente.
3. Coordinación en contorno de la cabeza. No tener irregularidades.
4. Coordinación en contorno de brazos y piernas. Dos dimensiones.

5. Coordinación motriz de las facciones: ojos, nariz, boca en dos dimensiones.
6. Coordinación motriz en el contorno del tronco: Trazo en dos dimensiones.

Orejas:

1. Presencia de las orejas.
2. Proporción y localización correcta de las orejas.

Detalles del ojo:

1. Detalles de los ojos: cejas y pestañas.
2. Presencia de la pupila.
3. Proporción adecuada de los ojos.
4. Expresión direccional de la mirada.

Barbilla y frente:

1. Barbilla y frente.
2. Proyección barbilla: distinción entre barbilla y labio inferior.

Calidad del perfil:

1. Perfil parcial tipo A.
2. Perfil completo tipo B.

Tabla 13.4. de edades mentales correspondiente a la figura humana de Goodenough

Anotación	Edades mentales	Anotación	Edades mentales
1	3,3	26	9,6
2	3,6	27	9,9
3	3,9	28	10,0
4	4,0	29	10,3
5	4,3	30	10,6
6	4,6	31	10,9
7	4,9	32	11,0
8	5,0	33	11,3
9	5,3	34	11,6
10	5,6	35	11,9
11	5,9	36	12,0
12	6,0	37	12,3

(Continuación)

Anotación	Edades mentales	Anotación	Edades mentales
13	6,3	38	12,6
14	6,6	39	12,9
15	6,9	40	13,0
16	7,0	41	Sobre 13
17	7,3	42	Sobre 13
18	7,6	43	Sobre 13
19	7,9	44	Sobre 13
20	8,0	45	Sobre 13
21	8,3	46	Sobre 13
22	8,6	47	Sobre 13
23	8,9	48	Sobre 13
24	9,0	49	Sobre 13
25	9,3	50	Sobre 13

Tabla 13.5. de niveles de inteligencia Prueba de la figura humana de Goodenough

Rango	CI	Diagnóstico
	150	Genialidad
	140	Casi genialidad
	139 - 120	Inteligencia muy superior
	119 - 110	Inteligencia superior
II (Normal)	109 - 90	Inteligencia normal o media
Profundo	-	Lenta inferior
Profundo	-	sub.- mental leve torpeza
Fronterizo	-	sub.-mental bien definido
Pronósticos mayores	-	Imbecilidad e idiotez

13.2.3. Prueba Gráfica de organización perceptiva de H. Santucci (Basado en el test de L. Bender)

Autor: Hilda Santucci

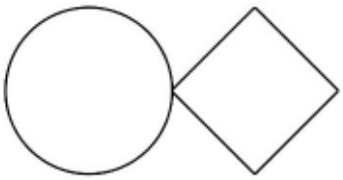
Objetivo de la prueba: Medir la organización perceptual y el grado de control viso-motor que tiene el sujeto.

Edad de aplicación: desde los 4 años a los 11años de edad

Tiempo de aplicación: no tiene límite de tiempo, aunque se tiende a realizar el dibujo de forma rápida

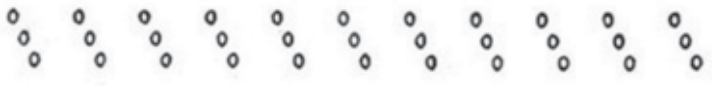
Forma de aplicación: individual; es muy importante la observación del sujeto mientras ejecuta la prueba, así como la conducta en general

Materiales de la prueba: se utilizan 5 láminas del test de Laureta Bender:



Modelo 1

Orientaciones al examinador: El examinador entrega al sujeto una hoja de papel blanca y lápiz con buena punta (NO SE PERMITE REGLA, NI GOMA DE BORRAR, ya que se quiere poner en evidencia la organización perceptivomotriz del sujeto para la copia de estos dibujos)

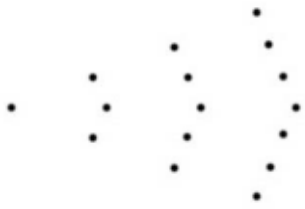


Modelo 2

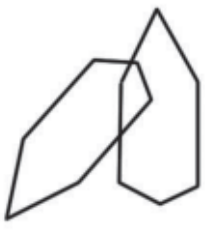
Modelo 3

Consigna. "Te voy a pedir que copies unos dibujos; te aplicarás bien para copiarlos tan exactamente como puedas".

Entonces se pone ante el sujeto el primer dibujo y se le dice: "Aquí está el primero, son cinco en total, empieza aquí (se indica el ángulo superior izquierdo de la hoja puesta en sentido longitudinal) así tienes lugar para todos" Si el sujeto no obedece a esta instruc-



Modelo 4



Modelo 5

ción, no intervenimos, y se recoge en las observaciones que se realizan del sujeto. Cuando termina ese dibujo se le coloca delante el dibujo siguiente, y así sucesivamente los dibujos restantes a medida que va terminando cada copia. Al colocar la última lámina se le dice: "Este es el último"

Si el sujeto está insatisfecho con el resultado de su dibujo, y quiere recomenzarlo, se le permite, pero es la primera copia la que cuenta para las notaciones; es valioso conocer que el sujeto critica su producción y que es capaz de medir sus posibilidades de corrección; en general, son solo los errores menos importantes los que se eliminan en un segundo ensayo. Si el sujeto no pide repetir algún dibujo pero da la impresión de estar insatisfecho con su producción se le dice que puede repetirlo si lo desea. Se prohíbe cambiar de posición el modelo; pero no se interviene si durante la ejecución cambia la posición de su hoja de dibujo.

Calificación: La notación se realiza siguiendo tres aspectos:

1. Los ángulos (con excepción del modelo No 2).
2. La orientación de los elementos.
3. La posición relativa de los elementos.

- Para cada uno de los aspectos, el máximo de puntos es 3, el mínimo 1 ó 0.

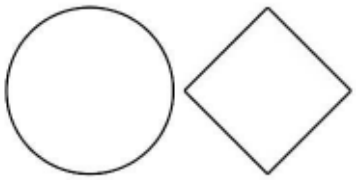
La valoración del puntaje se realiza del siguiente modo:

MODELO No 1. Máximo de puntos: 10

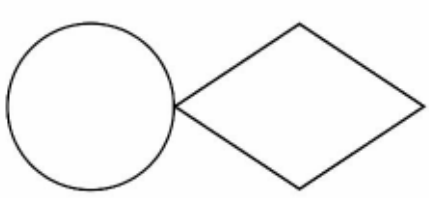
(Para las anotaciones solo se toma en cuenta el cuadrado, pues el círculo ya se logra a los 4 años)

A. *Los ángulos*

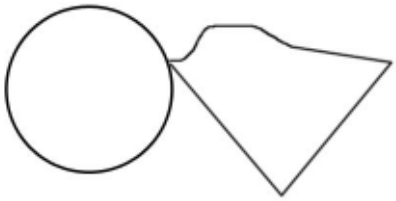
- 3 puntos, si los cuatro ángulos del cuadrado son correctos (90°).



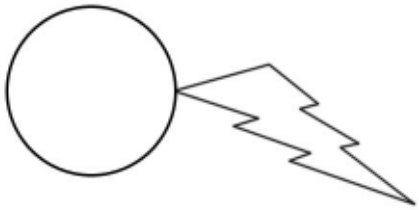
- 2 puntos, si los ángulos no son rectos.



- 1 punto, si el cuadrado no se ha logrado

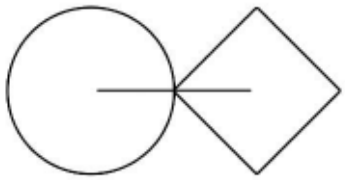


- 0 punto, forma aberrante

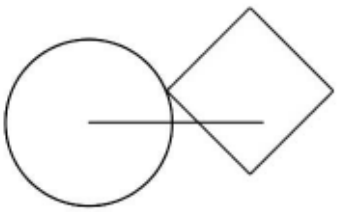


B. *Orientación*

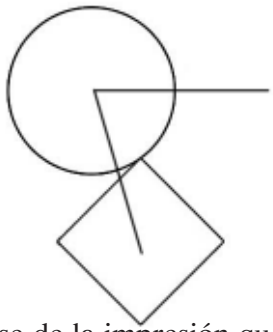
- 3 puntos, si el eje es horizontal y está derecho, uniendo los centros de ambas figuras.



- 2 puntos, si el eje es oblicuo (es decir no horizontal y derecho) o no pasa por la punta tangente del cuadrado.



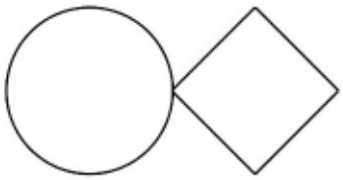
• 1 punto, si el ángulo formado por el eje con la horizontal excede de 45 grados.



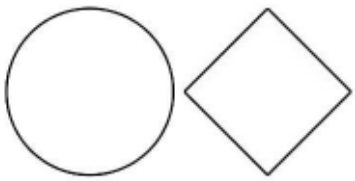
Nota. No fiarse de la impresión que a veces engaña. Aplicar una regla sobre el dibujo de modo que el borde una los centros de ambas figuras. Inmediatamente aparecerá el error en la ejecución del dibujo.

C- Posición relativa

• 3 puntos, si ha respetado la tangencia.

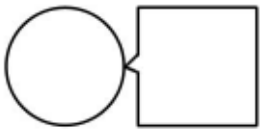


• 2 puntos, si es casi tangencial (las figuras no se tocan del todo).

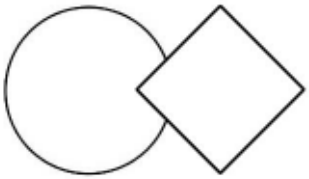


o si se ha respetado la tangencia pero no es el ángulo el punto de contacto, como se muestra en la figura siguiente.

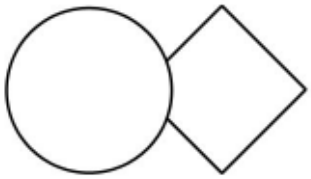
o si hay un trazo forzado para obtener la tangencia, como a continuación.



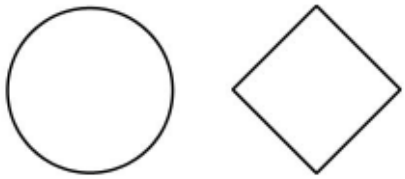
- 1 punto, si las figuras son secantes.



o, si la tangencia disfraza una sedancia (es decir la parte del cuadrado dentro del círculo no es visible).

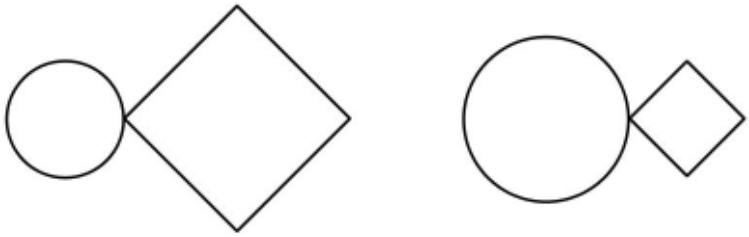


- 0 punto, si las figuras están nítidamente separadas.



Agregamos un punto al total obtenido si las dimensiones de las figuras tienen la misma proporción (es decir el círculo no es ni mayor ni menor que el cuadrado)

Ejemplo de casos en que no corresponde agregar ese punto.



MODELO No. 2. Máximo de puntos: 8.
(La simplicidad aparente de esta figura puede ser la causa de que los éxitos sean menos logrados. Su anotación ha resultado ser más difícil)

A- No hay ángulos a examinar.
B- Orientación.

9. puntos_ Si todos los elementos (grupos de tres redondelitos) conservan la orientación justa (no se exige que estén rigurosamente paralelos) Corresponde a la figura de arriba.

Otras formas de aparecer esta figura, (por su sencillez no se ponen los dibujos, tan solo se explican. En lo adelante se entiende por elemento una de las columnas de tres redondelitos:

- 2 puntos, si de 1a 3 elementos no conservan esa orientación (se hallan perpendiculares a la hoja de dibujo o invertidas).
- 1 punto, si hay más de 3 elementos malogrados (basta que un elemento esté bien logrado para adjudicar 1 punto).
- 0 punto, si ninguno de los elementos presenta la orientación correcta.

C. Posición relativa.

- Se adjudica 3 puntos, si están cumplidas las tres condiciones siguientes:

- Disposición horizontal del conjunto.
- Distancias iguales entre los elementos (y notablemente parecidas a las del modelo).
- Si los tres redondelitos de cada elemento están sobre el mismo eje.

- 2 puntos, si dos condiciones son cumplidas.
- 1 punto, si una condición es cumplida.
- 0 punto, si ninguna condición es cumplida.

Se agrega un punto para cada uno de los aspectos siguientes:

1. Si los redondelitos están reproducidos y no sustituidos por puntos: 1 punto.
2. Si el número de elementos (el elemento es la columna integrada por un grupo de tres redondelitos) no es mayor de 13, ni menor de 9 (número exacto 11) : 1 punto.

Ejemplo:

1. No se respeto la primera condición, se sustituyó por puntos: 0 puntos.
2. Respetada esta condición, el número de elementos es 11: 1 punto.

Se procede tal como se ha indicado arriba: colocar una regla u hoja de papel sobre el dibujo para poner en evidencia un error eventual. Ello es indispensable, sobre todo para la valoración de la justa orientación, ya que la falta de paralelismo entre los elementos da a menudo la impresión de un error que en realidad no existe.

Modelo No 3: Máximo 11 puntos

A. Ángulos

- 3 puntos, si los dos ángulos son correctos y los dos "ganchitos" (pequeños arcos de círculos terminales) son iguales entre sí. (No se toma en cuenta el grado de abertura pero éste tiene que ser notablemente parejo entre ambos).
- 2 puntos, si un ángulo o un arco de círculo son malogrados.
- 1 punto, si dos ángulos o dos arcos de círculo, o uno de los dos, son malogrados.
- 0 punto, si un solo ángulo o un solo arco de círculo es logrado.

B. Orientación

- 3 puntos, si el eje central de la figura arco de círculo está en la prolongación de la bisectriz del ángulo de la otra figura.
- 2 puntos, si la condición precedente no ha sido respetada, es decir, si la figura de arco del círculo y la otra figura se tocan en un punto del arco, pero no se respeta la condición anteriormente dicha acerca del eje central.
- 1 punto, si la orientación de ambas figuras es aberrante, es decir, si la figura de arco de círculo toca a la otra figura por su parte inferior o por uno de sus lados.

C. Posición relativa

- 3 puntos, si la tangencia es respetada.
- 2 puntos, si existe casi la tangencia, es decir, las figuras no se tocan; o 0 puntos si la tangencia es forzada mediante una figura extraña que se aleja de la figura arco de círculo.

- 1 punto, cuando son figuras secantes, es decir se intercepta parte de la figura arco de círculo dentro de la otra figura.
- 0 puntos, cuando las figuras están nítidamente separadas.

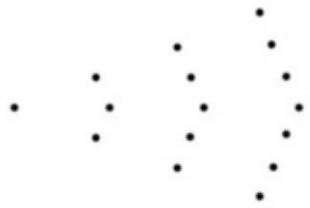
Agregar 1 punto al total para cada uno de los aspectos siguientes:

1. 1 punto, si las dimensiones de ambas figuras tienen las mismas proporciones.
2. 1 punto, si la orientación de las curvas de la figura arco de círculo es correcta.

Cuando no se cumple lo anterior se agrega solo 1 punto. Ejemplo de casos en que se agrega solo 1 punto: cuando no se respetan las dimensiones relativas entre ambas figuras y no se respeta la orientación de los arcos.

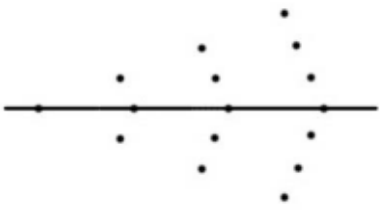
Modelo No 4: Máximo 11 puntos.

A. Ángulos



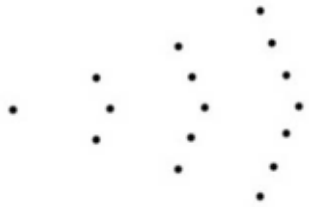
1. 3 puntos, si los tres ángulos están reproducidos.
2. 2 puntos, cuando sólo dos ángulos están reproducidos y el tercero no logrado.
3. 1 punto, cuando un solo ángulo está logrado.
4. 0 punto, no están presente los ángulos.

B. Orientación



- 3 puntos, si el eje que une los vértices de los tres ángulos es horizontal. Si falta uno o varios ángulos, se considera un eje horizontal como la línea que une los centros de las series sucesivas de puntos.
- 2 puntos, cuando el eje que une los ángulos es oblicuo.
- 1 punto, si el eje no es una línea horizontal, es decir, está quebrado una vez debido a la posición de los ángulos.
- 0 puntos, si el eje está quebrado dos veces.

C. Posición relativa



- 3 puntos, si las dos condiciones siguientes se cumplen:
  - Las distancias entre los elementos son iguales y notablemente iguales al modelo;
  - La progresión creciente de los elementos está respetada.
- 2 puntos, una sola de las condiciones es respetada.
- 1 punto, ninguna condición es respetada.
- 0 punto, si existen una o varias inversiones de los ángulos, es decir, el ángulo está en dirección izquierda.

Agregar un punto al total para cada uno de los aspectos siguientes:

1. el dibujo está reproducido correctamente (y no en espejo): 1 punto.
2. los puntos no están representados por redondelitos: 1 punto.

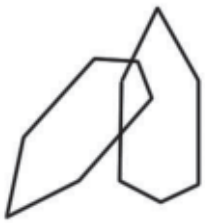
Sucede que el sujeto empieza su dibujo de manera correcta y solamente una parte de los puntos están remplazados por redondeles. Esto solo se castiga si los redondeles se presentan en dos elementos por lo menos.

Ejemplo de casos en que se agrega solo 1 punto:

a) la figura está invertida, es decir los ángulos miran en dirección contraria al modelo.
b) los dos primeros elementos están representados correctamente mediante puntos, los dos elementos siguientes se representan por redondeles.

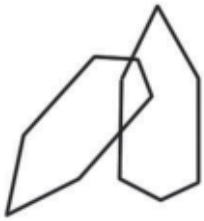
Modelo No 5: Máximo 10 puntos.

A. Ángulos



- 3 puntos, si todos los ángulos son respetados.
- 2 puntos, cuando hay supresión de un ángulo.
- 1 punto, cuando hay supresión de más de un ángulo (en lugar de 6 ángulos aparecen 5), o no ha salvado la dificultad que presenta la reproducción de ángulos (aparecen 4 o menos ángulos) o los lados son curvos o sinuosos.
  (Cuando dos o tres de estos errores se acumulan, contamos sin embargo, 1 punto).
- 0 punto, formas aberrantes de las figuras.

B. Orientación



- 3 puntos, si la orientación de ambas figuras es correcta.
- 2 puntos, si la orientación de una de las figuras está equivocada. Ejemplo, si la figura que en el modelo aparece inclinada se coloca vertical (apareciendo ambas figuras de forma vertical) o ambas se colocan de forma oblicua, esto se debe a que la figura que en el modelo aparece vertical, se iguala a la otra. Pero no se castiga si la figura que en el modelo aparece vertical mantiene, en relación a la otra, una línea o la línea virtual que une los dos vértices, carece de la orientación correcta.
- 1 punto, cuando hay error en la orientación de ambas figuras.

C. Posición relativa

- 3 puntos, si la posición secante es correcta (es decir, los dos ángulos de la figura inclinada están dentro de la otra; y el ángulo de la figura vertical está dentro de la figura inclinada).

- 2 puntos, si la posición secante es incorrecta (las figuras, la inclinada y la vertical son secantes, pero la condición precedente, acerca de los ángulos, no se cumple).
- 1 punto, si las figuras son tangentes.
- 0 punto, cuando las figuras están nítidamente separadas, o cuando las rectas se cortan dos veces.

Agregamos un punto al total si las dimensiones de ambas figuras tienen las mismas proporciones en largo y ancho.

Ejemplo de casos en que no se agrega ningún punto son aquellas en que las dimensiones de ambas figuras no guardan proporción.

Hasta aquí, hemos presentado la calificación de esta prueba que resulta laboriosa pero no es difícil familiarizarse con la metodología de calificación, alrededor de 15 protocolos es suficiente, una vez entrenado se logra hacer en unos 5 minutos.

Los cinco modelos que componen esta prueba no son de una dificultad creciente en su orden de presentación, pero permite establecer el orden de las dificultades que ofrecen, de modo que el logro realmente satisfactorio de cada uno de ellos puede considerarse más particularmente como correspondiente a cierto nivel de edad.

El logro de los tres aspectos considerados (ángulos, orientación y posición relativa) evolucionan, genéticamente a la par, en población de niños normales en su desarrollo, los resultados obtenidos en grupos patológicos muestran grandes diferencias.

Los resultados obtenidos con el test, según dice la autora, demuestran, considerado el puntaje de modo general, que después de los 10 años ya no resulta discriminativo, aunque hasta los 14 años se pueden apreciar indicadores de desarrollo alcanzados a esa edad. Declara que ello confirma los resultados de L. Bender, para quien el test debía lograrse aproximadamente a los 11 años, pero agrega que la exigencia de las anotaciones con esta metodología demuestra, aún después de los 10 años, diferencias que pueden ser características de grupos de sujetos.

De los resultados, deduce la autora que:

a) Desde el punto de vista de la construcción de ángulos: la escala genética progresa con gran regularidad de 6 a 14 años.
b) Desde el punto de vista de la orientación: el progreso genético prácticamente se detiene a los 10 años. Las medianas permanecen iguales de 10 a 14 años. Incluso, a los 14 años, el máximo de puntos no ha sido alcanzado (pudiera considerarse que el test se convierte a partir de los 10 años, en un test de aptitud).
c) Desde el punto de vista de la posición relativa, el progreso genético presenta igualmente un aplanamiento a los 10 años, y la evolución comienza a los 6 años, igual que para la construcción de los ángulos.

d) El test está en relación con el desarrollo general, es decir, el test, es válido genéticamente de 6 a 10 años; después de esta edad ya no permite valorar con precisión un nivel de desarrollo, lo que hace necesario un trabajo de diferenciación individual con el menor. Después de los 10 años es el método patológico el que precisa la importancia de este instrumento.
e) El aspecto construcción de ángulos es el que más se ha mostrado en relación con el desarrollo genético; y el aspecto construcción de ángulos es el que menos distingue a los sujetos que sufren de trastornos espaciales, de los normales.
f) Los sujetos que sufren trastornos de organización espacial se distinguen de los normales en los aspectos de orientación y posición relativa.
g) También se considera, en población de niños normales, los resultados en orientación y posición relativa, después de los 10 años, está relacionado con una aptitud particular
h) En cuanto a los puntajes: En ángulos: el número de sujetos que tienen de 0 a 1 punto disminuye muy regularmente de 6 a 14 años, y el número de los que logran 3 puntos aumenta en la misma forma. En orientación: el progreso es menos regular pero de todos modos muy nítido en las categorías extremas de 0 a 1punto, y de 3 puntos. En posición relativa: el progreso es muy claro de 6 a 10 años, después los resultados permanecen estacionados.
i) Los resultados obtenidos con el test, según dice la autora, confirman los resultados de L. Bender, para quien el test debía lograrse aproximadamente a los 11 años, pero agrega que la exigencia de las anotaciones, con esta metodología, demuestra, aún después de los 10 años, diferencias que pueden ser características de grupos de sujetos.
j) El orden de dificultad creciente de los modelos es: Modelo 3, 1, 5, 4, 2.
k) Se ha observado, sin existir una conclusión definitiva, que los varones adquieren más rápidamente la habilidad para realizar estas figuras que las niñas.

Resulta muy importante tener presente que estos resultados corresponden a una muestra de niños pertenecientes a otra población, con cultura diferente; y además, el número de niños que componen la muestra, por edad, pertenecen a escuelas comunales de tres distritos de París, en los cursos escolares correspondientes a los años 1952-1954.

A continuación se muestran una tabla donde aparecen los resultados obtenidos por Hilda Santucci con cada modelo, por edad, dados en porciento:

Tabla 13.5. Resultados en cada modelo por edad.

Edad	Modelo 1 Máx. Pts. 10 Media = 8pts		Modelo 2 Máx. Pts. 8 Media= 6pts		Modelo 3 Máx. Pts. 11 Media= 9pts		Modelo 4 Máx. Pts. 11 Media = 9pts		Modelo 5 Máx. Pts. 10 Media= 8pts	
6	6	30%	3		6	4%	5		5	8%
7	6	20%	4	2%	7	27%	6	7%	5	10%
8	7	40%	5	18%	8	55%	7	16%	7	25%
9	7	50%	5	30%	9	55%	7	30%	7	35%
10	9	85%	5	28%	9	74%	8	31%	8	62%
12	8	73%	5	41%	10	80%	8	46%	9	82%
14	9	78%	6	65%	10	78%	9	50%	9	88%

13.2.4. Test de atención: Tachado de letras de Crespo

Caracterización del Test

Nombre de la prueba: Test de Atención (Tachado de Letras).

Autor: R. H. Crespo.

Objetivo: Este test está diseñado para valorar el volumen y la concentración de la atención.

Presentación del test: El estudio del volumen y la concentración de la atención se realizan con este instrumento mediante el tachado de vocales. La "a" y la "e" son equivalentes en resultados. La selección de la "o" ocasiona discretas variantes respecto a las normas del test. No utilizar la "i" ni la "u". La letra "o" se utiliza con éxitos en sujetos que desconocen las vocales y siempre en casos de niños que cursan niveles del pre-escolar. En tales casos identifique la "o" con una bolita.

Toda las vocales a examinar están representadas 15 veces, cada 3 renglones, con la finalidad de facilitar el cálculo de los porcentajes parciales.

Ambas hojas de la prueba son equivalentes en resultados, pero con distribuciones distintas en las posiciones de las vocales. Siempre que se pueda debe emplearse las dos hojas de signos, porque los resultados son más elocuentes (rendimiento máximo). En niños de edad pre-escolar debe emplearse una hoja (rendimiento mínimo), excepto si por su actuación creemos que puede pasar a la segunda. En caso de observarse pronta fatigabilidad, se limita el trabajo a una hoja. La fatigabilidad es un signo muy significativo en esta prueba.

El tiempo debe ser señalado en segundos y registrado preferentemente con un cronómetro. Cuando se utilizan las dos hojas, el tiempo invertido en la primera debe ser también anotado.

Si no dispone de dos relojes, cuando termine la primera hoja no pare el reloj pero observe cuidadosamente el tiempo transcurrido. Para establecer un "rapport" favorable, se puede, a parte de una amena conversación, ordenar que el sujeto dibuje algo si le fuese agradable, que haga un ensarto de cuentas, construya un sencillo rompecabezas o algo similar de fácil realización y acorde con su edad. Acto seguido se le propone la realización de la prueba.

Administración: El test se aplica a personas comprendidas entre las edades de 5 años y 6 meses a 16 años y 5 meses. Resulta una prueba de máxima atención para adultos. Cualquier deficiencia que se registrase en un sujeto adulto sería de patología altamente significativa. No es tampoco aplicable a sujetos entrenados en oficios que requieren una atención eficiente.

Creado y validado en Cuba

Instrucciones al examinando: Señalar cuál es la letra que debe tachar. El tachado debe efectuarse con una sola rayita y de arriba abajo (hágase seguidamente la demostración en las vocales de ensayo que aparecen marcadas en la primera hoja de la prueba) Explique el movimiento de pase de un renglón a otro (del renglón finalizado al comienzo del otro) y que no se puede volver atrás para efectuar tachados que no fueran oportunamente ejecutados. Limite el estímulo a decir: para un buen resultado, debes hacer la mayor cantidad posible de tachados correctos con la mayor rapidez que puedas. No añada otras estimulaciones.

Calificación: Como se dijo con anteriridad todas las vocales a examinar están presentadas 15 veces cada 3 renglones, con la finalidad de facilitar el cálculo de los porcentajes parciales. Los quebrados que se obtienen para deducir los porcentajes tendrán por común denominador el 15 (13/15, 12/15, etc.). Véase la tabla de porcentaje que se deducen de los quebrados para facilitar los cálculos.

Todas las omisiones, al calificar, deben encerrarse en un triángulo y los errores en un círculo. Propuesta una determinada letra para el tachado, serán omisiones las que hubiese dejado de tachar y errores las indebidamente tachadas. Haga las figuras geométricas propuestas con lápiz de color fuerte.

Calificada la prueba el número de vocales bien tachadas se obtiene de la siguiente manera: si ha utilizado un asola hoja de la prueba, cuente los triángulos y el total réstelo de 150; si ha utilizado las dos hojas, reste el total general de triángulos (omisiones) de 300. (No incluya los errores).

El error es penado y se suma a las omisiones para construir los quebrados y deducir de ellos los porcentajes. Ejemplos: si en los 3 primeros

renglones un sujeto incurrió en dos omisiones y un error, el resultado será: 12/15: 80%.

El prosexigrama se construye señalando los porcentajes en la cuadrícula. Marque los puntos de cada % por la vertical que pasase por el centro del cuadrado correspondiente.

Ejemplos: 100 / 90 = 93% 50 / 40 = 46%. Situados los puntos, únalos con líneas rectas.

Son de gran valor las observaciones que aportar el investigador acerca de la aptitud inicial del sujeto y de sus reacciones durante el decurso de la prueba.

Para la interpretación clínica del resultado, consúltese el manual del autor.

Tabla 13.6. NORMA PROVISIONAL
Test de Atención. Tachado de letras de R. H. Crespo

Edad	Tiempo (seg)		Errores		Omisiones		Casos
	mínimo	máximo	mínimo	máximo	mínimo	máximo	
6	402	779	0,28	0,70	7	15	36
7	370	742	0,23	1,03	7	15	61
8	349	702	0,21	0,98	7	15	68
9	302	57	0,21	0,91	9	16	81
10	271	539	0,36	0,86	6	13	122
11	251	485	0,36	0,69	6	11	107
12	221	443	0,36	0,65	5	11	115
13	204	410	0,30	0,61	6	12	92
14	191	392	0,31	0,64	5	17	48
15	185	364	0,23	0,54	5	11	35
16	188	367	0,22	0,74	5	12	32
17 al 23	156	309	0,25	0.72	6	12	72
Total de Casos							869

Tabla 13.7.

Edad	Ind. Exactitud X		Ind. Effic. Neta A trabajo dado		Casos
	mínimo	máximo	mínimo	máximo	
6	95	95	25	13	36
7	95	96	29	14	61
8	95	95	29	14	68
9	94	95	34	16	81
10	96	95	37	18	122
11	96	96	40	20	107
12	96	96	45	22	115
13	96	96	53	24	92
14	96	96	53	25	48
15	96	96	55	27	35
16	96	96	54	27	32
17 al 23	97	96	68	32	72
Total de Casos					869

TEST DE ATENCIÓN

(Tachado de letras)

R. H. CRESPO

Examinado: _____

Edad cronológica: ____ años ____ meses. Fecha del exámen: _____

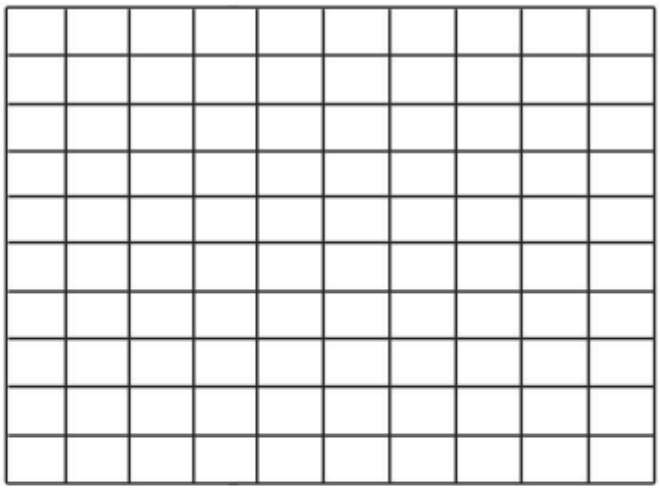
EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO MÍNIMO

Letra a tachar ___ Tiempo empleado ___ (segundos) Total de vocales a examinar: 750

Total a tachar: 150 Total de tachados correctos _____ Omisiones _____ Errores _____

Índice de exactitud _____ Índice de eficiencia neta de trabajo dado _____

PROSEXIGRAMA



Interpretación del prosexigrama y de las evaluaciones aritméticas _____

_____

_____

_____

Observaciones _____

_____

_____

_____

SIGNOS, FÓRMULAS Y VALORIZACIÓN DEL TEST DE TACHADO DE ATENCION

ÍNDICE:

X = Índice de exactitud
E = Índice de eficiencia neta en tiempo dado
Et = Índice de eficiencia neta en un trabajo dado
T = Tiempo(s)
E = Total de vocales a examinar
O = # de vocales omitidas
C = Total de vocales correctamente tachadas
W = Total de vocales equivocadamente tachadas

FORMULAS:

$$X = \frac{c-W}{c+o}$$

E = eX (se utiliza cuando se ha estandarizado el Tiempo invertido en la prueba)[1]

$$Et = \frac{111X}{T}$$

EJEMPLOS: (en rendimiento mínimo)
e = Total general de cada vocal: 150
c = 139
o = 11
W = 2
T = 2´51´´ (171 s)

$$X = 139 + 11 = \frac{139 - 2}{150} = \frac{137}{150} = 91\ \%$$

E = 750 * 0.91 = 683 (no se usa)

$$Et = \frac{100}{91} * 171 = 53\ \%$$

Cálculo de porcentaje:

14/15 = 93 %
13/15 = 86%
12/15 = 80 %
11/15 = 73 %
10/15 = 66%
9/15 = 60 %
8/15 = 53 %
7/15 = 46 %
6/15 = 40 %
5/15 = 33 %
4/15 = 26 %
3/15 = 20 %
2/15 = 13 %
1/15 = 6 %

[1] No utilizamos esta fórmula porque puede limitar la extensión del tachado y consecuentemente, resultaría de menor valor diagnóstico.

Observaciones:

Aplíquese las mismas fórmulas para el rendimiento máximo en que varía el total general de vocales a examinar, el total general de vocales a tachar y el tiempo de ejecución.

13.3. Instrumentos para el estudio de trastornos de ansiedad y depresión

13.3.1. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE-N)

Martín M

(Tomado del artículo "Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños en adolescentes cubanos" de Alexis Lorenzo Ruiz, Jorge Grau Abalo, Angelina Fumero Madam, María de los A. Vizcaíno Londián, Martha Martín Carbonell y Francisco C. Prado Torres publicado en Psicología y Salud, Vol. 13, Núm. 2: 203-214, julio-diciembre de 2003)

Introducción

Los psicólogos de la salud se encuentran constantemente ante el problema de la insuficiente validación de sus instrumentos psicodiagnósticos. Por otra parte, la ansiedad es una preocupación constante de maestros, padres, de los propios niños y, por supuesto, de los profesionales de la salud. De hecho, el estudio de la ansiedad constituye unos de los problemas más importantes para las ciencias médicas y psicológicas en los últimos años, al cual se le han dedicado numerosos trabajos en el campo de las alteraciones emocionales (Cañizares, Rodríguez y Grau, 1984; Castellanos, Grau y Martín, 1986; Grau, 1982; Grau y Martín, 1989; Janin, 1978; Levitov, 1989; Vasiliuk, 1981, entre muchos otros). A pesar de ello, en la mayoría de las teorías contemporáneas de personalidad la conceptuación y medición de la ansiedad han sido fuente de controversias teóricas y de hallazgos contradictorios, y el término se ha utilizado en forma indistinta y confusa para referirse a conceptos diferentes. Se le ha considerado como "el fenómeno fundamental y central de la neurosis" (Freud, 1936) y muchos autores se han referido a la ansiedad como uno de los fenómenos psicológicos más impactantes de nuestro tiempo (Grau, 1982); por ende, se ha construido una amplia variedad de instrumentos para su diagnóstico.

Fue Charles D. Spielberger (1966, 1985) el investigador que, partiendo de los trabajos de Cattell (1966), destacó la necesidad de distin-

guir entre la ansiedad como un rasgo de personalidad relativamente estable (ansiedad-rasgo) y como un estado emocional transitorio (ansiedad-estado). Consecuentemente, él y sus colaboradores desarrollaron el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (en español, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, o IDARE) para obtener medidas de ansiedad en adultos estadounidenses y de habla hispana (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975; Natalicio y Natalicio, 1971; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982).

En 1973, Spielberger y sus colaboradores diseñaron el *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC) para evaluar la ansiedad en niños estadounidenses de escuelas ele-mentales, cuya versión española (IDAREN) fue tra-ducida y adaptada por el psicólogo puertorriqueño J.J. Bauermeister y sus colaboradores (Bauermeister, Colón, Villamil y Spielberger, 1986; Bauermeister, Huergo, García y Otero, 1988).

En Cuba se ha trabajado paralelamente esta temática en el marco de las investigaciones sobre el "cuadro interno de las enfermedades" y como parte del llamado "enfoque personal en el estudio del proceso de estrés" (Cañizares y cols., 1984; Castellanos y cols., 1986; Grau, 1982; Grau y Martín, 1989; Grau, Martín y Portero, 1990, 1991, 1993; Grau y Portero, 1984; Guimarais, Grau y Martín, 1992). Sin embargo, eran insuficientes los estudios sobre la ansiedad en la población infantil, a pesar de que se reconoce que las necesidades y exigencias de la educación integral de la personalidad infantil ?especialmente en el trabajo con adolescentes? demandan un amplio campo de investigación en los "problemas en el ajuste del sujeto a su ambiente (familiar, escolar, o social), ya que todo el conjunto (sujeto y entorno) puede sufrir de sus consecuencias de índole psicosocial" (Janin, 1978; Levitov, 1989; Reikowsky, 1979; Vasiliuk, 1981). Cierto es que la psicología de la salud infantil y juvenil dispone de instrumentos que evalúan áreas muy distintas (percepción, funcionamiento intelectual, volición y temperamento, etc.), y que algunos de ellos pueden identificar la variable "inestabilidad emocional" o las de "ajuste-ansiedad" y sus manifestaciones o secuelas (insomnio, quejas psicosomáticas, actos inmorales, reacciones, inhibiciones, etc.) y su influencia negativa en el desarrollo de la personalidad (Pérez-Villar, 1968; Reykowsky, 1979; Vasiliuk, 1981); aun así, se carece de instrumentos validados en el medio cubano para el diagnóstico de la ansiedad en adolescentes.

Los presentes autores han dirigido sus esfuerzos a estudiar las características del IDAREN buscando la posibilidad de introducir en el arsenal psicodiagnóstico esta herramienta relativamente nueva, pero de reconocida calidad y confiabilidad. Este ha sido apenas el comienzo de una línea de investigación estructurada en varias etapas, cuyo objetivo final es su validación en la población infantil cubana. El trabajo que se presenta muestra las bases y resultados de dicha línea.

Método

Muestra: Todas las aplicaciones iniciales del IDAREN se llevaron a cabo de forma grupal de acuerdo a los grados escolares (octavo y noveno), en escuelas secundarias básicas de la ciudad de La Habana. En su aplicación, los examinadores se refirieron consistentemente al instrumento y a sus escalas como un "inventario de autoevaluación", que es precisamente el título impreso en el protocolo. La muestra, en estos primeros estudios, estuvo constituida por 571 alumnos aparentemente sanos, de edades comprendidas entre los 13 y los 16 años y un promedio de 14 años. De ellos, 270 fueron varo-nes (47.3%) y 301 mujeres (52.7%).

Variables: La ansiedad-estado fue definida como una condición o estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos, conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; tal estado puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. La ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en cuanto a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones de la intensidad de la ansiedad-estado (Bauermeister y cols., 1986, 1988; Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975; Grau y cols., 1993; Natalicio y Natalicio, 1971; Spielberger, 1966, 1985; Spielberger y cols., 1982; Spielberger, Edwards y Lushene, 1990).

Instrumentos: Como ya se ha dicho, se seleccionó para el estudio la variante del STAIC en su adaptación española: el IDAREN (Bauermeister y cols., 1986, 1988; Spielberger y cols., 1990), cuya confiabilidad y validez quedó demostrada en las investigaciones de estos autores; dicha variante reunía las condiciones y requerimientos técnicos y metodológicos necesarios para su aplicación y posterior utilización en una población similar.

El IDAREN es un inventario autodescriptivo subdividido en dos partes. La primera pretende medir la ansiedad como estado (escala de estado), con veinte proposiciones y tres posibles respuestas: "nada", "algo" y "mucho", valoradas con 1, 2 y 3, respectivamente; en las instrucciones se requiere que los sujetos indiquen cómo se sienten en ese momento, "ahora mismo". En la segunda parte, se pretende medir la ansiedad como rasgo (escala de rasgo); también tiene veinte proposiciones con tres posibles respuestas: "casi nunca", "a veces" y "a menudo", valoradas desde 1 hasta 3; sin embargo, las instrucciones indican aquí que los sujetos describan como se sienten "generalmente".

Procedimiento: La calificación del IDAREN se llevó a cabo teniendo en cuenta la experiencia de otros autores. Los posibles valores varían desde una puntuación mínima de 20 hasta una máxima de 60, en ambas es-calas. Algunos de los reactivos (ítems) del IDAREN (por ejemplo,

"Me siento nervioso") están formulados de tal manera que una valoración "alta" indica un alto nivel de ansiedad ?o sea, son directos?, mientras que otros (por ejemplo "Me siento calmado") están elaborados de tal forma que una valoración de 3 o "alta" indica un bajo nivel de ansiedad (esto es, son inversos). Los reactivos inversos sólo aparecen en la escala de estado y no en la de rasgo, donde todos los reactivos son "directos".

A efecto de calificar el IDAREN, se realizaron los siguientes pasos: 1) se introdujeron los resultados de cada inventario en una minicomputadora personal; 2) se procesaron para obtener los valores totales directos (positivos) e inversos (negativos), añadiéndose, en el caso de la escala de estado, la constante apropiada a la diferencia entre los ítems "directos" y los "inversos"; en la escala de rasgo se sumaron todos los valores solamente, y 3) se hizo el procesamiento estadístico de los resultados obtenidos en el paso anterior a través de los paquetes computarizados Microstat y Statgraf.

La investigación se llevó a cabo en el municipio Habana del Este, de La Habana. En coordinación con la Dirección del Ministerio de Educación en el territorio, se seleccionaron dos escuelas secundarias básicas urbanas ubicadas en el reparto Alamar. En reuniones con sus claustros de profesores se debatieron las características del trabajo a realizar y se solicitó su colaboración, tras lo cual, se realizó la primera aplicación del IDAREN. También, se realizaron evaluaciones con criterios externos por parte de jueces (profesores y alumnos). Anastasi (1970) plantea que para obtener información confiable acerca de la posesión de un rasgo o cualidad por un individuo, no hay nada mejor que el criterio de sus allegados. Por esa razón, se consideró el criterio de personas cercanas en el papel de jueces, procedimiento eficaz para obtener datos acerca de la validez empírica de la ansiedad-rasgo de cada individuo. En estas evaluaciones, se les pide a los profesores clasificar a sus alumnos por nivel de ansiedad personal (rasgo) en tres escalas: "alta" (3), "media" (2) y "baja" (1), brindándose previamente una exhaustiva explicación de las características de la ansiedad. En el caso de los alumnos, se les pidió que evaluaran a sus compañeros de grupo según la escala anterior, previa explicación de los parámetros que debían tener en cuenta, los cuales podían visualizar durante la ejecución de la evaluación, donde "alta" se consideraría, para aquel alumno marcadamente intranquilo, nervioso, distraído, que no logra conciliar el sueño; con frecuentes onicofagia, manías o tics; con saltos en epigastrio; vómitos, mareos, cefaleas y demás; una evaluación "media" tendría en cuenta manifestaciones similares a las anteriores, pero con carácter ocasional o infrecuente, y sería "baja" cuando se observaran estas manifestaciones de forma aislada y con menor frecuencia. Un procedimiento similar se utilizó en la validación cubana de la escala de ansiedad-rasgo del STAI (IDARE) en una población de adultos (Castellanos y cols., 1986).

La segunda aplicación del IDAREN (retest) se llevó a cabo semanas después. Sin embargo, en esta ocasión la muestra inicial fue reagrupada y se formaron dos conjuntos que reunían proporcionalmente a alumnos de octavo y noveno grado. Esto se hizo así, para introducir en una de las agrupaciones una "instrucción amenazante", siguiendo la metodología de Bauermeister y cols. (1986, 1988), Spielberger (1985) y Spielberger y cols. (1982), que consistió en la siguiente proposición: "Al contestar la encuesta, imagínense cómo se sentirían si les informasen que han suspendido un examen importante y necesario para ser promovido de grado. Imaginen también que el director de la escuela los ha mandado a llamar y que en la dirección se encuentran sus padres, los cuales están sumamente molestos". El objetivo de tal instrucción era crear las condiciones necesarias para medir la estabilidad de las puntuaciones del IDAREN en la muestra. En la Tabla 13.8 se señala la distribución de la muestra en el retest por sexo y tipo de instrucción.

Resultados

Las medidas, desviaciones típicas, mínimos y máximos del test IDAREN se muestran en la Tabla 13.9.

Las medidas de las puntuaciones en las escalas de estado y rasgo se analizaron a través de pruebas t. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones ob-

Tabla 13.8. Estructura de la muestra en el retest del IDAREN.

	INSTRUCCIÓN NORMAL		INSTRUCCIÓN AMENAZANTE	
	N	%	N	%
Varones	147	54.4	123	45.6
Mujeres	158	52.5	143	47.5
Total	305	53.4	266	46.6

Nota: Los porcentajes totales están referidos a al muestra en su conjunto (n = 571).

Tabla 13.9. Medidas, desviaciones típicas, mínimos y máximos del test IDAREN

	ANSIEDAD-ESTADO		ANSIEDAD-RASGO	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
n	270.00	301.00	270.00	301.00
Medidas	30.34	31.82	33.85	35.85
Desviación típica	6.73	7.34	5.55	6.17
Mínimo	20.00	20.00	22.00	21.00
Máximo	49.00	54.00	60.00	57.00

tenidas por los adolescentes de octavo y noveno grados en ambas escuelas. Como se observa en la tabla anterior, las medias de las puntuaciones en las escalas de estado y rasgo fue mayor en las mujeres. Estos resultados son coincidentes con los de otros estudios similares del IDAREN (Bauermeister y cols., 1986; 1988; Spielberger y cols., 1990).

La confiabilidad del IDAREN se examinó a través del método de test-retest. Los resultados obtenidos se resumen en la Tabla 13.10., que presenta los coeficientes de correlación momento-producto de Pearson, comparándose estos resultados con los obtenidos en los estudios originales. Los coeficientes obtenidos en la ansiedad-estado no son elevados, pero pueden considerase satisfactorios para un instrumento de medida con tiempo de test-retest relativamente corto.

Si se tiene en cuenta que los estudios originales de test-retest se hicieron con seis semanas de intervalo entre la aplicación del test y del retest, mientras que en los presentes fue de catorce semanas ?además de que los estados de ansiedad tienen un carácter transitorio?, no es de extrañar la obtención de indicadores más bajos; sin embargo, como cabría esperar, los coeficientes de la ansiedad-rasgo son superiores. Al comparar los resultados de los estudios originales con los del que aquí se describe, pudiera afirmarse que los coeficientes conseguidos parecen ser suficientemente consistentes en ambas culturas. A similares conclusiones arribaron Bauermeister y cols. (1986, 1988) en sus estudios de validación del IDAREN con niños puertorriqueños y panameños. Los resultados de los estudios de validez de constructo se han resumido en las Tablas 13.11. y 13.12.

La media de la puntuación total para la escala de estado (ver Tabla 13.11.) fue significativamente más alta ($p < 0.05$), en la condición de "instrucción amenazante", que en la de "instrucción normal", observándose en las mujeres un aumento más significativo que en los hombres; este resultado coincide también con los obtenidos en anteriores estudios (Bauermeister y cols., 1986, 1988; Spielberger y cols., 1990).

Tabla 13.10. Análisis de la confiabilidad del IDAREN (coeficientes de Pearson)

	Estudios originales				Estudios cubanos		
Grupo	n	A-E	A-R	Grupo	n	A-E	A-R
Varones	132	Test-retest 0.31	Test-retest 0.65	Varones	270	Test-retest 0.34	Test-retest 0.59
Mujeres	114	Test-retest 0.47	Test-retest 0.71	Mujeres	301	Test-retest 0.48	Test-retest 0.68

Tabla 13.11. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la escala de estado

Instrucción normal				Instrucción amenazante			
Grupo	n	Media	Desv. Típica	Grupo	n	Media	Desv. Típica
Varones	147	31.05	6.60	Varones	123	40.05	10.23
Mujeres	158	32.37	8.50	Mujeres	143	45.50	10.25

Tabla 13.12. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la escala de rasgo.

Instrucción normal				Instrucción amenazante			
Grupo	n	Media	Desv. Típica	Grupo	n	Media	Desv. Típica
Varones	147	33.51	6.83	Varones	123	34.84	6.22
Mujeres	158	35.68	7.69	Mujeres	143	37.14	6.99

En cuanto a los reactivos (ítems) de la escala de estado, cada uno de ellos discriminó significativamente entre las condiciones normales y amenazantes: todos los reactivos positivos (ítems directos) aumentaron sus valores promedio en las condiciones amenazantes, mientras que en todos los casos, los negativos (ítems inversos) los disminuyeron, tanto en uno como en otro sexo. En otras palabras, los resultados permiten inferir la validez de constructo de la escala de estado, pues hay respuestas significativas ante las condiciones amenazantes.

Por otra parte, al observar los resultados de la escala de rasgo (ver Tabla 13.12), la media de puntuación total no obtiene cambios significativos al hacerse la comparación entre las instrucciones "amenazante" y "normal", mostrando las mujeres una estabilidad relativamente menor. Similares resultados se observan en la literatura especializada revisada (Bauermeister y cols., 1986, 1988; Díaz Guerrero, Spielberger, 1975; Natalicio y Natalicio, 1971; Spielberger y cols., 1990). Como complemento de lo anterior, al observar el comportamiento de los reactivos de la escala de rasgo, se constata que todos tienen aumentos no significativos, lo cual coincide con las puntuaciones medias de la escala. Sin embargo, llama la atención la estabilidad que mantienen todos los ítems, independientemente del sexo, en cuanto al lugar que ocupan sus valores promedio. Esos resultados demuestran lo esperado, ya que la escala de rasgo se diseñó para medir diferencias relativamente estables en cuanto a la predisposición de sentir ansiedad y no estados transitorios de ésta.

Los resultados del estudio de validez concurrente, realizado con el criterio de jueces (profesores y alumnos), al no disponerse en Cuba de otro instrumento validado que mida variables similares en la adolescencia, se muestran en la Tabla 13.13.

Tabla 13.13. Evaluaciones contra criterio de jueces (%)

Evaluaciones de Ansiedad-Rasgo	Alumnos		Profesores		Promedio	
	n	%	n	%	n	%
Baja (1)	100	17.54	257	44.91	77	13.51
Media (2)	333	58.25	123	21.59	368	64.56
Alta (3)	138	24.21	191	33.51	126	21. 93

Nota: La muestra total fue de alumnos evaluados.

Puede apreciarse que es mayor el promedio de las evaluaciones medias en la evaluación de los alumnos, y que en el caso de los profesores, predominan las evaluaciones bajas; es decir, en comparación con los profesores, los alumnos evalúan a sus coetáneos como más ansiosos. Resultó llamativo el que las evaluaciones más altas de ansiedad correspondieran siempre a los varones; sin embargo, debe tenerse en cuenta que los puntajes tendieron, en todos los casos, a un nivel medio.

Al correlacionar los resultados de las evaluaciones de jueces con las puntuaciones obtenidas en la escala de rasgo (autoevaluación), se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas, tanto para el total de la muestra, como por sexos. De esta forma, queda establecida la validez concurrente de la escala de rasgo del IDAREN para la población estudiada.

Finalmente, una vez obtenidas y analizadas las puntuaciones directas en ambas escalas, es necesario interpretarlas con sentido diagnóstico. Se decidió, en consecuencia, una tipificación o normalización preliminar que se ajusta al carácter empírico de tales distribuciones, esto es, se normalizaron las puntuaciones derivadas a partir de las frecuencias observadas en intervalos de una unidad de amplitud. Atendiendo a que el ámbito de aplicación es escolar, se empleó la Escala de Rasgos Percentiles del tipo ordinal desde 1 a 99. Este tipo de escala es similar a otras, también muy utilizadas en la atención psicológica, como por ejemplo subdividir estos valores en niveles, de forma similar al Inventario de Ansiedad para Adultos (STAI/IDARE de Spielberger). La distribución preliminar por niveles de los resultados de ansiedad obtenidos en esta muestra poblacional infantil se muestra en las Tablas 13.14. y 13.15.

Tabla 13.14. Distribución preliminar de puntuaciones promedio de la escala de estado por niveles

NIVELES	VARONES	MUJERES	POBLACIÓN TOTAL
Baja	23.61	23.48	24.05
Media	30.34	31.82	31.08
Alta	37.07	39.16	38.12

Tabla 13.15. Distribución preliminar de puntuaciones promedio de la escala de rasgo por niveles

NIVELES	VARONES	MUJERES	POBLACIÓN TOTAL
Baja	28.80	29.68	28.99
Media	33.85	35.85	34.85
Alta	39.40	42.02	40.71

Discusión

Los resultados obtenidos permitieron introducir, de forma preliminar, el Inventario de Autoevaluación Rasgo-Estado (IDAREN) como un instrumento más de psicodiagnóstico infantil y juvenil, y así continuar el trabajo de validación y aprobación con sus puntuaciones totales agrupadas por niveles. Se recomendó la presentación de todos estos resultados en la forma de un manual de aplicación del IDAREN para la población cubana, actualmente en preparación.

A lo largo de los diez años transcurridos desde su validación preliminar, la versión cubana del IDAREN se ha incorporado y utilizado en diferentes servicios de psicología infantil y juvenil en el país. En esta década, lo primero que se hizo fue repetir el estudio de validación en una muestra de adolescentes de una zona rural de la provincia Habana (Llanes, Lorenzo y Vizcaíno, 1994), cuyos resultados fueron similares a los obtenidos por los adolescentes encuestados en la población urbana de la capital cubana.

Dada la importancia de la autovaloración como cualidad de la personalidad, que constituye una de las esferas con mayores incidencias en el desarrollo de la personalidad del niño y del adolescente, se optó por evaluarla y correlacionar sus alteraciones en comparación con los resultados de las aplicaciones del IDAREN (Morales y Lorenzo, 1993); de hecho, se obtuvieron correlaciones altas, estadísticamente significativas, entre las inadecuaciones de la autovaloración y el desarrollo como tal de la personalidad en formación, con las más llamativas autoevaluaciones de la ansiedad (estado y rasgo).

En la búsqueda y definición de diferentes acciones sanitarias en diversas instituciones en el con-texto del proceso de intervención de la psicología de la salud, la psicopedagogía, la psiquiatría infantil y otras especialidades afines, resulta imprescindible determinar la magnitud de las alteraciones psicopatológicas del niño y del adolescente. Las alteraciones propias de la ansiedad se hallan entre las que tienen una mayor incidencia en la clínica. Por estas razones, se diseñó y desarrolló la aplicación del IDAREN en una población infantil en edades entre 9 y

16 años, atendida en el Hospital Pediátrico Docente de la Ciudad de La Habana "William Soler", la cual se destacaba por sus alteraciones y trastornos psicoemocionales, así como en infantes de las áreas de la salud de diferentes comunidades de referencia (Vizcaíno y Lorenzo, 1994). Aquí, los casos con mayores alteraciones psicoemocionales coinciden con los de mayores niveles de ansiedad en el IDAREN, tanto en la escala de rasgo como la de estado, lo cual se ratifica en los resultados de un estudio realizado en una población urbana atendida en una consulta especializada de psiquiatría y psicología infantil (Mayor y Lorenzo, 1994).

El paciente asmático severo, con varios años de evolución y múltiples complicaciones en la infancia, está caracterizado, además, por la presencia de altos niveles de ansiedad. Se realizaron varios estudios con aplicaciones del IDAREN en el Centro de Rehabilitación para el Niño Asmático y Diabético "Celia Sánchez Manduley", ubicado en Tarará, en la ciudad de La Habana, en una zona que ecológicamente se reconoce como ideal para la rehabilitación integral de estos enfermos. En dicha población infantil asmática resaltan los altos valores de ambas escalas del IDAREN, los cuales son estadísticamente significativos al correlacionar los resultados de las autoevaluaciones de los propios niños con los de sus madres y educadoras (Lorenzo, 1996). Luego se estudió la correspondencia de la prevalencia de altos valores de la ansiedad de estos encuestados con la existencia de disfunción marcada en el funcionamiento familiar en la mayoría de los casos (Lorenzo, 1996).

Al investigar en un área de atención primaria a una población de diabéticos insulino-dependien-tes, ellos exhibían ansiedad (como rasgo) en el debut de su enfermedad; se puso de manifiesto la influencia negativa de tal variable en el curso y evolución de la enfermedad crónica (ansiedad-esta-do); todo ello se reflejó en los valores de las autoevaluaciones del IDAREN (Reyes y Lorenzo, 1996).

Otra entidad pediátrica con un significativo reflejo de los factores psicosociales ?entre ellos la ansiedad? es el problema del dolor en la infancia. Para ello, se evaluó la prevalencia de los valores de la ansiedad en pacientes atendidos por los Servicios de Gastroenterología, Cirugía, Clínica del Dolor, Psiquiatría y Psicología del Hospital Docente Pediátrico "William Soler", portadores de un dolor abdominal recurrente (Vizcaíno, Lorenzo y García, 1996). Una vez más, los altos índices en las escalas de ansiedad del IDAREN correlacionaron con aspectos psicoemocionales negativos y su repercusión en el proceso salud-enferme-dad en los casos con dolor abdominal recurrente.

La vinculación de las ciencias psicológicas con la estomatología hizo posible participar en un estudio realizado a un grupo de adolescentes con disfunción temporo-mandibular (DTM) en una provincia del inte-

rior del país (Castillo y Lorenzo, 1993); se observó cómo las alteraciones de tipo ansioso evaluadas (tanto rasgo como estado) correlacionaron significativamente con el curso de la DTM; los resultados del tratamiento ortodóncico y psicoterapéutico se vieron favorecidos en los casos con bajos niveles de ansiedad, pero lo contrario se halló en los pacientes con los mayores valores de ansiedad.

La metodología expuesta ha servido, durante estos años, para desarrollar otros estudios dirigidos a la validación de diferentes instrumentos psicodiagnósticos para la población infantil y juvenil.

Así se hizo en la validación cubana de un cuestionario dirigido a identificar las figuras de apego en la infancia, enmarcado en un proyecto de educación sanitaria en la esfera sexual, con el objetivo de evaluar las características de la empatía y sus dimensiones (Cuesta, Bonet, Lorenzo y Salazar, 1997). La validación del Inventario de Depresión Rasgo-Estado para Niños (IDEREN), una variante del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE), construido y validado en Cuba desde 1989 (Ramírez, Grau, Martín y Grau, 1989), transcurrió de forma similar a la validación del IDAREN, tanto en una población cubana de adolescentes, como en encuestados procedentes de zonas damnificadas por las consecuencias del desastre nuclear de Chernobyl, atendidos por el equipo de trabajo de los presentes autores en Cuba y en el territorio de Ucrania (Lorenzo, 2000).

Conclusiones

En todo el proceso de validación del IDAREN en Cuba se demuestra ampliamente que:

- La escala de estado resultó útil para la evaluación de los cambios transitorios de la ansiedad.
- La escala de rasgo rindió una considerable utilidad para evaluar la ansiedad personal.
- Los sujetos del sexo femenino resultaron ser más ansiosos en comparación con los del masculino, en ambas escalas y en las mediciones test-retest.
- No se detectaron cambios significativos en las puntuaciones entre las dos mediciones test-re-test correspondientes a la escala de rasgo.

Todos estos resultados reafirman la validez y confiabilidad del IDAREN.

La diversidad de estudios realizados confirma el carácter imprescindible del IDAREN como instrumento de evaluación psicológica, destacándose por su fácil aplicación, interpretación y versatilidad para los diferentes problemas de la salud mental infantil y juvenil.

El IDAREN, como instrumento diagnóstico, continuará perfeccionándose en el futuro, pero ya hoy su pertinencia está demostrada y su presencia en la práctica asistencial cotidiana está generalizada y constatada.

El desarrollo de las alteraciones ansiosas detectadas a través de la autoevaluación con el IDAREN (al igual que con cualquier otro instrumento) no siempre tenderá hacia valores patológicos; como es reconocido, en la infancia y adolescencia prevalecen las capacidades y potencialidades psicológicas de una rápida y efectiva compensación, disminución, eliminación e inclusive autocorrección.

IDAREN CALIFICACIÓN

Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado para niños
IDAREN de Ch. D. Spielberger.
Inventario de Autoevaluación

Versión cubana de: Dr. Alexis Lorenzo Ruiz, Dr. Jorge Grau Abalo, Dra. Maria de los Ángeles Vizcaíno Londián, Lic. Angelina Fumero Madam, Dra. Martha Martín Carbonell, Lic Francisco Prado Torres.

HOJA DE CALIFICACION DEL IDAREN

- Calificación en la Escala A-Rasgo:

Suma total de los Ítems = Puntuación directa
Niveles A-Rasgo:
Bajo: Por debajo de 29 puntos.
Medio: Entre 29 y 41 puntos.
Alto: Por encima de 41 puntos

- Calificación en la Escala A-Estado:

Sub-Escalas de A-Estado:

Items 2; 3; 5; 7; 12; 14; 15; 17; 19; 20	(+)	(X)
Items 1; 4, 6; 8; 9; 10; 11; 13; 16; 18	(-)	(Y)

- Calificación en A-Estado:

(X-Y) + 40 = Puntuación directa

Niveles de A-Estado:
Bajo: Por debajo de 24 puntos.
Medio: Entre 24 y 38 puntos.
Alto: Por encima de 38 puntos.

Fecha: _____ Examinador: _____

Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado para Niños
IDAREN

Versión cubana de: Dr. Alexis Lorenzo Ruiz, Dr. Jorge Grau Abalo, Dra. Maria de los Ángeles Vizcaíno Londián, Lic. Angelina Fumero Madam, Dra. Martha Martín Carbonell, Lic Francisco Prado Torres.

Apellidos: _____ Nombres: _____
Edad: _____ Sexo: _____ (M-F) Centro Escolar: _____
Grado: _____ Municipio: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES

PRIMERA PARTE

En la primera parte encontrarás una frase usada para decir algo de tí mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras AHORA.

Nada Algo Mucho

VIRA LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA SEGUNDA PARTE

INSTRUCCIONES

SEGUNDA PARTE (IDAREN para Niños)

En la segunda parte encontrarás más frases para decir algo de tí mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga como te SIENTES en GENERAL, no solo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras GENERALMENTE.

Casi Nunca Algo A menudo

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN Y COLABORACIÓN.

13.3.2. Inventario de autoevaluacion depresion rasgo / estado infantil ideren

Autores: A. Lorenzo, J. Grau, M. Martín (Variante del Test IDERE de Grau, Martín)

Apellidos ——————— Nombres ———————
Edad——————Sexo ——————— Dirección ————
Escolaridad————— Fecha ————— Historia Clínica ———

INSTRUCCIONES

A continuación les presentamos un conjunto de expresiones, las cuales con frecuencia son utilizadas para transmitir nuestro estado de ánimo. Léalas detenidamente y marque con un círculo (O), aquellas que para usted refleje "COMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO". No hay respuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo en este momento.

I PARTE

EXPRESIONES	No existe	Un poco	Suficiente	Muy fuerte

AHORA POR FAVOR, PASE LA HOJA Y COMPLETE LA SEGUNDA PARTE

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL IDEREN

INSTRUCCIONES

A continuación, les presentamos un conjunto de expresiones en las cuales se reflejan diferentes momentos de su estado de ánimo. Léalas detenidamente y marque con un círculo (O) en esta segunda parte, aquellas que para usted reflejen "CÓMO SE SIENTE GENERALMENTE". No hay respuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo en este momento.

II PARTE

EXPRESIONES	No existe	Un poco	Suficiente	Muy fuerte

INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEPRESIÓN RASGO / ESTADO INFANTIL IDEREN

Autores: A. Lorenzo, J. Grau, M. Martín (Variante del Test IDERE de Grau, Martín)

HOJA DE CALIFICACIÓN

No existe	Un poco	Suficiente	Muy fuerte
1	2	3	4

• I PARTE. Escala de Depresión Estado (D-E):

"A" - Ítems Positivos Directos (+) = 1, 3, 5, 8, 9, 12, 13 14, 15, 16, 17, 20.
"B" - Ítems Negativos Inversos (-) = 2, 4, 6, 11, 18, 19.
Fórmula: (A - B) + 35= Valor D-E
Valor Mínimo D - E = 20 puntos.
Valor Máximo D - E = 80 puntos.

Por Niveles: _____ Bajo (20 a 35 ptos).
_____ Medio (36 a 50 ptos).
_____ Alto (51 a 80 ptos).

• II PARTE. Escala de Depresión Rasgo (D-R):

"A" - Ítems Positivos Directos (+) = 21, 22, 23, 24, 27, 28, 30. 33, 37. 38. 40. 42.
"B" - Ítems Negativos Inversos (-) = 25, 26, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 39, 41.

Fórmula: (A - B) + 50= Valor D-R
Valor Mínimo D - E = 22 puntos.
Valor Máximo D - E = 88 puntos.

Por Niveles: _____ Bajo (22 a 37 ptos).
_____ Medio (38 a 54 ptos).
_____ Alto (55 a 88 ptos).

Evaluador _____
Fecha _____

INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEPRESIÓN RASGO / ESTADO INFANTIL IDEREN

Autores: A. Lorenzo, J. Grau, M. Martín (Variante del Test IDERE de Grau, Martín)

Apellidos Nombres _____

Edad _____ Sexo _____ Dirección _____

Escolaridad _____ Fecha Historia _____ Clínica _____

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

HOJA DE RESPUESTAS.

PRIMERA PARTE					SEGUNDA PARTE				
No.	No existe	Un poco	Suficiente	Muy fuerte	No.	No existe	Un poco	Suficiente	Muy fuerte
1					21				
2					22				
3					23				
4					24				
5					25				
6					26				
7					27				
8					28				
9					29				
10					30				
11					31				
12					32				
13					33				
14					34				
15					35				
16					36				
17					37				
18					38				
19					39				
20					40				
					41				
					42				

13.4. Instrumentos para el estudio de problemas infanto-juvenil

Bajo este acápite se recogen algunos instrumentos destinados a la búsqueda de las peculiaridades del muchacho estudiado, en cuanto a diversos aspectos, que posibilite una recogida de información más amplia para integrar un diagnóstico.

Igual que se expresó en el estudio de la personalidad del adulto, en la población infanto-juvenil es menester abordar numerosas informaciones a la hora de tratar un tema tan complejo como es la personalidad, y más escabroso resulta si se trata de valorar la personalidad aún en formación y desarrollo; por ello hemos agrupado algunas técnicas que arrojan datos en este sentido bajo el nombre de: Instrumentos para el estudio de problemas infanto-juvenil. Los instrumentos incluidos en este punto recogen la valoración individual que el sujeto hace de sí mismo y acerca de los diferentes contextos que le rodean, incluyendo su estilo de interrelación social y sus modos habituales de afrontamiento.

Estos instrumentos cuentan con un proceso estandarizado para su aplicación, y sus resultados, tanto aquellos que resultan de un método cuantitativo de calificación, como los que se derivan del análisis cualitativo del profesional, tienen que ser contrastados con la observación y la información general que se obtiene del sujeto; es decir, que los instrumentos de evaluación siempre son herramientas de trabajo, y más aún lo son en población infantil y adolescente, por tratarse de personas en pleno desarrollo de sus posibilidades y encontrarse más expuesto en su desarrollo, que el adulto, a diversos contextos que lo determinan, como el escolar y el social, además del ambiente familiar.

13.4.1. Inventario de Problemas Juveniles (IPJ)

Nombres y apellidos _____

Sexo _____ Edad _____ No. de hermanos _____

No. de hermanas _____ Grado _____

INSTRUCCIONES:

A continuación aparece una serie de cuestiones que suelen preocupar a los muchachos jóvenes. Tú encontrarás que algunas de ellas son problemas o dificultades que tienes; otras cosas que se refieren a ti, pero que no te preocupan; y otras puede que no tengan que ver contigo.

Lee cada cuestión de este inventario cuidadosamente. Si expresa algo que es un problema para ti, HAZ UNA MARCA en el espacio correspondiente al lado del número. Si la cuestión no expresa una dificultad tuya o no tiene que ver contigo, pues eso no te sucede a ti, NO HAGAS NINGUNA MARCA: DEJALA EN BLANCO.

RECUERDA:

Cuando tú marcas una cuestión, estás diciendo: "ESTO ES UN PROBLEMA PARA MÍ, ESTO ME SUCEDE A MÍ"

Cuando tú no marcas una cuestión y la dejas en blanco, estás diciendo: "ESTO NO ES UN PROBLEMA PARA MÍ, ESTO NO ME SUCEDE A MÍ"

MI ESTADO FÍSICO O SALUD

MIS RELACIONES CON OTROS MUCHACHOS Y MUCHACHAS

MIS RELACIONES CON LA ESCUELA

ACERCA DE MI PERSONA

13.5. Escala de bienestar psicológico para adolescentes (BIEPS-J)

Reseña

Título: Cuestionario bienestar psicológico para adolescentes (BIEPS) Adaptación cubana.

Autor: Martín M.

Descripción: La escala consta de 12 ítems y evalúa cinco dimensiones del Bienestar: Control de situaciones, Vínculos psicosociales, Ausencia de afectividad negativa, Aceptación de sí y Autonomía, donde el encuestado debe responder cómo se sintió en el último mes.

Cada una de estas dimensiones se puntúan mediante una escala de tipo Likert de tres puntos:

En desacuerdo: 1 punto.

Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 2 puntos.

De acuerdo: 3 puntos.

Se obtiene una puntuación total (Bienestar general) y una para cada dimensión, esta última es resultante de la suma de los puntos obtenidos en cada uno de los ítems, según las tres opciones de respuesta. Las respuestas dadas a los ítems agrupados según cada una de las dimensiones se interpreta de manera cualitativa.

Aplicable a sujetos entre 11 y 18 años, con escolaridad mínima de sexto grado cumplimentado.

Derivada de la escala BIEPS de Casullo y cols. (2000), la adaptación cubana se realizó con una muestra de adolescentes de secundaria básica

Fundamentación: Tradicionalmente los adolescentes han sido descuidados por los programas y políticas de salud de los gobiernos, excepto cuando su conducta es inadecuada (Burt, 1998). Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que, en comparación con los niños y los ancianos, los adolescentes sufren de pocas enfermedades que representen una amenaza para sus vidas. Paradójicamente, la mayoría de los hábitos nocivos que se adquieren durante la adolescencia, no producen morbilidad o mortalidad en este período de la vida.

Sin embargo, en la última década se ha producido una toma de conciencia entre los profesionales de la salud, los políticos locales y los organismos internacionales, de la importancia de realizar acciones preventivas y de promoción de salud con este grupo etáreo (Burt, 1998). Actualmente, los adolescentes representan un porciento importante de la población de América Latina, lo cual genera una demanda creciente a los sistemas de salud, de educación y de trabajo (Londoño, 1996). Los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes están muy relacionados con los cambios biológicos y psicosociales propios de esta etapa y son muy diferentes a los problemas del niño . Así, pasan a primer plano las enfermedades de transmisión sexual y en general, los trastornos relativos a la salud reproductiva, los problemas relacionados con la violencia y el consumo de drogas, los accidentes y las enfermedades crónicas no transmisibles (Burt, 1998).

Conjuntamente con el estudio de los factores de riesgo, se desarrolla un enfoque centrado en la identificación de los factores protectores de la salud en este grupo. Esta idea proviene de estudios realizados con niños que a pesar de vivir en condiciones adversas y de alto riesgo, son capaces de superarse y lograr una vida adulta plena (Kotliarenco MA. y Fontecilla M., 2001).

Se han identificado factores protectores a nivel individual, familiar y ambiental. Entre los factores individuales se destacan la autoestima y el locus de control (OPS/Kellog, 2001), componentes importantes del bienestar psicológico. De esta manera, el estudio del bienestar en los adoles-

centes se revela como una línea fructífera que permitirá dar respuesta a problemas sociales relevantes.

Casullo y sus colaboradores desarrollaron el BIEPS inicialmente en la República Argentina, aplicándolo a 1270 adolescentes estudiantes de secundaria en Buenos Aires, Tucumán y Patagonia, Argentina. Su cuestionario está basado en las propuestas de Ryff (1989) , quien propone que el funcionamiento psicológico está conformado por seis factores: autoaceptación, crecimiento personal, propósitos de vida, relaciones positivas con otros, dominio del ambiente físico y natural y autonomía. En sus investigaciones, Ryff encontró que los propósitos de vida y el crecimiento personal disminuyen con el tiempo, mientras que el dominio medioambiental y la autonomía crecen. Estos resultados sugieren que la experiencia subjetiva del bienestar cambia a lo largo de la vida.

Consecuente con esto, el BIEPS tiene dos formatos, uno para adultos y otro para adolescentes. Explora cinco dimensiones: autonomía (capacidad de actuar en modo independiente), control de situaciones (sensación de control y autocompetencia), vínculos psicosociales (calidad de las relaciones interpersonales), proyectos (metas y propósitos en la vida) y aceptación de sí mismo (sensación de bienestar con uno mismo).

Al estudiar la confiabilidad y validez de la escala, se encontró una adecuada validez convergente y concurrente, al cotejarla por ejemplo con el SCL 90 R de DeRogatis, así como un análisis discriminante adecuado al comparar adolescente en riesgo en sus respuestas. Posteriormente, esta escala fue aplicada también con resultados metodológicamente satisfactorios en Perú y España.

Estudios de validación con adolescentes cubanos

Estudio 1; Validación de la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS) en una muestra de estudiantes de Secundaria Básica.

Para explorar la factibilidad de su uso en nuestra población, se sometió a criterio de jueces. A tres psicólogos y a una psicometrista,[18] con experiencia en el trabajo con adolescentes, se les pidió que valoraran cada ítem de acuerdo a su pertinencia para nuestro medio en una escala de 0 a 5, donde el 0 representaba que el ítem era absolutamente inapropiado. Los jueces, de manera independiente, calificaron todos los ítems con puntuaciones entre 4 y 5, por lo que se consideró procedente aplicar la escala sin modificaciones.

[18] Los psicometristas en Cuba son técnicos de nivel medio en Psicología que se califican en Institutos Politécnicos durante tres años para la aplicación y calificación de pruebas psicológicas y para actuar como terapeutas.

El estudio se realizó con una muestra de adolescentes estudiantes de secundarias básicas urbanas del Municipio Cerro, de la Ciudad de la Habana. Se escogieron al azar cuatro escuelas. Se obtuvo previamente el consentimiento y la colaboración de los directores y profesores de cada uno de los centros escolares.

La aplicación de las pruebas se realizó en las propias escuelas, en las aulas de clase de los estudiantes, de manera grupal, durante el horario escolar. Se le explicó a los sujetos los fines del estudio, garantizándoles la confidencialidad de los resultados y se les dio la oportunidad de abandonar el mismo a los que no desearan contestar los cuestionario. Rehusaron a participar en el estudio sólo 14 estudiantes, de los grados 8 y 9 de dos escuelas solamente. Los resultados globales del grupo se le comunicaron a las direcciones de los respectivos colectivos y cuando lo solicitaron, se les dio orientaciones sobre el manejo psicológico de diferentes problemas escolares. Los resultados individuales son confidenciales y sólo se le comunican al sujeto, en compañía de sus padres u otro adulto responsable, en caso de solicitarlo.

Muestra: se seleccionó una muestra de 334 adolescentes entre 11 y 16 años procedentes de cuatro Escuelas Secundarias Básicas Urbanas del Municipio Cerro de la Ciudad de la Habana.

La distribución de los casos por grupos de edades refleja su distribución habitual en este nivel de enseñanza en Cuba. La enseñanza secundaria básica en Cuba comprende los grados séptimo, octavo y noveno. La edad de inicio se encuentra entre los 11 y 13 años, siendo la más frecuente los 12 años; y la de terminación es entre 13 y 15 años, por lo que el % mayor de estudiantes se encuentra entre los 13 y 14 años (Centro de Investigaciones de la Economía Mundial, 1997), tal y cómo ocurre en nuestra muestra.

Las cuatro escuelas tienen una matrícula de aproximadamente 400 estudiantes, tal y como es usual en la Ciudad de la Habana (Centro de Investigaciones de la Economía Mundial, 1997). En cada grado escolar hay dos o más grupos integrados por un número aproximado de 30 estudiantes. Para la selección de la muestra, se escogió al azar un grupo de cada grado y escuela respectivamente, salvo en la Escuela "José Martí" , en la que no se pudo recoger la muestra del grado 7 por razones organizativas; por esta razón, esta escuela aparece sólo con 60 casos y la muestra del grado 7 representa sólo al 24.6% de los sujetos.

La distribución por sexo refleja la de la Ciudad de la Habana, en la cual viven más mujeres que varones (Centro de Investigaciones de la Economía Mundial, 1997).

El 71.8 % de los sujetos consignaron su lugar de procedencia. De ellos, el 93.8% refiere haber nacido en la Ciudad de la Habana, por lo

que esta variable no será tomada en cuenta para posteriores análisis. Asimismo, sólo el 52.99% de los niños informó sobre la ocupación de sus padres, de estos el 90.92% son hijos de obreros y el resto hijo de trabajadores con calificación técnica y/o que desempeñan trabajos administrativos, por lo que tampoco tomaremos en cuenta esta variable para los análisis posteriores.

Confiabilidad y validez del BIEPS en la muestra estudiada: Inicialmente se aplicó la variante original del BIEPS que contiene 20 ítems. Con el fin de determinar la confiabilidad se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach obteniéndose un valor de 0. 62, que aunque es menor que el encontrado con la muestra proveniente de Argentina, puede considerarse aceptable.

Se realizó un análisis factorial de componentes principales y se comprobó que la matriz de correlaciones era adecuada para este tipo de cálculo (Test de esfericidad de Barttlet de 785.25816, p =.0000; Índice de adecuación muestral Kaiser Meyer Olkin =.72). El análisis factorial extrajo 8 factores que aunque explicaban el 59.5% de la varianza , no satisfacían las expectativas relativas a los constructos que evalúa la escala, ni tenían unidad de contenido. Por esta razón, se decidió repetir el procedimiento excluyendo los 8 ítems que salieron por el análisis factorial con la muestra original de Argentina, es decir, realizar el análisis con una versión de 12 ítems.

En este nuevo análisis se corrobora la adecuación de la matriz de correlaciones (Test de esfericidad de Barttlet = 401.18267, p = .00000 ; Índice de adecuación muestral Kaiser Meyer Olkin = .68763) y se obtiene una solución factorial de cinco factores que explican el 60.4% de la varianza.

Como puede observarse en nuestra muestra, la escala adquiere otra estructura factorial, con factores que tienen unidad de sentido lógica y psicológica, pero que difieren de los encontrados en el estudio argentino.

El factor 1 contiene los tres ítems que aparecen en el factor 4 de la muestra Argentina relativos a la *Aceptación*, además del ítem 18 ("Creo que en general, me llevo bien con la gente") que allí aparece en el factor 2 Vínculos. En el caso de la muestra cubana, puede interpretarse también como un factor relacionado con la Aceptación o satisfacción consigo mismo. En nuestro estudio, este factor es capaz de explicar el 21% de la varianza.

El factor 2 contiene los ítems 17 ("Si estoy molesto por algo soy capaz de pensar en cómo cambiarlo") y 19 ("Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida"), que en el caso de Argentina aparecen en *Control* y *Proyectos*, respectivamente. Para nuestra muestra, este factor podría interpretarse mejor como Control.

El factor 3 contiene los ítems 3 y 13 y se corresponde con el factor Vínculos, reportado en el primer capítulo.

El factor 4 contiene los ítems 2 ("Creo que me hago cargo de lo que digo o hago") y 4 (Creo que se lo que quiero hacer con mi vida) que pudiera interpretarse también en *Autonomía* y el quinto factor agrupa los ítems 8 ("Pocas veces me siento solo") y 7 ("Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo"), que parece ser un factor relacionado con la ausencia de sentimientos negativos, por lo que decidimos nombrarlo provisionalmente *Ausencia de Afectividad negativa.*

Las diferencias entre los resultados reportados con los adolescentes argentinos y los cubanos pueden explicarse por tres razones, no excluyentes entre sí.

Una razón podría ser las diferencias atribuibles a las edades de los sujetos, pues la muestra cubana se circunscribe sólo a adolescentes menores de 16 años.

Otra razón podría ser la existencia de diferencias culturales: por ejemplo, el ítem 18 ("Creo que en general, me llevo bien con la gente") en la cultura cubana y sobretodo en adolescentes de ese grupo de edad puede estar más relacionado con aspectos de la autoimagen, que con la evaluación de habilidades para establecer vínculos con las personas. En este sentido, las dimensiones Control y Proyectos, que evalúa el BIEPS pudieran ser menos relevantes para el bienestar en adolescentes cubanos entre 12 y 15 años, que para sus compatriotas de mayor edad, o que para sus coetáneos de otros países, mientras que la Ausencia de Afectividad negativa, pudiera ser de mayor importancia.

Una tercera explicación podría también estar en la diferencia de tamaños muestrales.

Resultados del bieps en la muestra: Los resultados obtenidos por los sujetos son muy homogéneos, existiendo poca variabilidad de las puntuaciones, lo cual puede atribuirse, entre otras razones, a que no existen diferencias importantes en cuanto a la procedencia sociocultural, como se vio en el epígrafe en que se describe la muestra.

Se dividieron a los sujetos en bajo y alto bienestar psicológico, considerando que tenían bajo bienestar los que obtuvieron puntuaciones menores a una desviación típica y como alto bienestar, a los que obtuvieron puntuaciones mayor a una desviación típica. Como era de esperar, la mayor cantidad de casos quedó ubicado en la categoría de bienestar moderado.

Análisis de los resultados por sexo, edad y grado de escolaridad: Se realizó un análisis de varianza (ONE-WAY). Existen diferencias significativas a un nivel de .05 solamente en la dimensión de Ausencia de Afectividad Negativa. Las niñas obtuvieron mayor puntuación.

El análisis de correlación de Pearson no encontró asociaciones significativas entre la edad y ninguna de las dimensiones del BIEPS. Tampoco se encontraron diferencias significativas en ninguna de estas dimensiones, por escuela a través del análisis de varianza.

Existen diferencias significativas en la dimensión Aceptación y en el Bienestar General en función del grado de escolaridad. Los niños de 7mo. grado tienen puntuaciones mayores. Si se controla el efecto de la edad en el bienestar general, el grado diferencia de manera significativa ($F=3.950$, $p=.020$) y explica las diferencias en el Bienestar general ($f=3.987$, $p=.008$).

La influencia del grado de escolaridad en el tipo de preocupaciones que presentan los adolescentes de secundaria básica en la Ciudad de la Habana fue constatada en el estudio de Robayna y Raymond (2001). Al parecer, en este nivel de enseñanza el cambio de grado escolar marca diferencias importantes en el desarrollo psicológico y los estudiantes tienen como grupo de referencia a sus compañeros de grado . Este aspecto deberá ser objeto de investigaciones futuras

Estudio 2: Bienestar y síntomas psicopatológicos en una muestra de adolescentes cubanos de la enseñanza media superior.

El universo estuvo constituido por los alumnos del Instituto Preuniversitario en el campo "Batalla de los Molinos del Rey", perteneciente al municipio Artemisa, de la provincia La Habana y el Politécnico "Andrés Luján" del municipio San Miguel del Padrón de Ciudad de La Habana. Estos centros fueron seleccionados por su disposición para la ejecución del trabajo.

La muestra se conformó a partir de un muestreo no probabilístico, escogiéndose un grupo de cada grado, en correspondencia con la disponibilidad de las escuelas. En su selección se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Edad comprendida entre 15 y 18 años.
- Tener disposición para participar en la investigación.

Criterio de exclusión:

- Que no tengan la capacidad suficiente para comprender los objetivos del trabajo y responder adecuadamente las pruebas psicológicas.
- Que padezcan alguna enfermedad que le impida funcionar como unidad de respuesta en el momento de la recogida de información.

Caracterización de la muestra: La muestra está constituida por 138 adolescentes del sexo femenino (72.3 %) y 53 del sexo masculino (27.7 %). Según datos obtenidos por entrevistas realizadas a funciona-

rios de la Dirección de Educación de ambas provincias (Ciudad de la Habana y La Habana), se pudo comprobar que en este nivel de enseñanza tienden a matricular y a cursar estudios más mujeres que varones e incluso, estos últimos tienden más a la deserción escolar.

La distribución de los sujetos por edades en este nivel de enseñanza son homogéneas, a excepción de los adolescentes de 18 años cuyo porciento es menor dentro de la muestra, lo que puede deberse a que constituye la edad límite entre la terminación de este nivel de enseñanza y el comienzo de los estudios universitarios.

Puede observarse que la distribución de la muestra por grado escolar también es homogénea, pues cada uno de ellos: el décimo, onceno y duodécimo grado, están integrados por un número aproximado de 30 estudiantes.

El Preuniversitario en el campo presenta el mayor porciento de estudiantes de la muestra (54.5 %). Esto puede estar asociado a la gran demanda que tiene este tipo de escuela, porque le ofrece a los adolescentes la posibilidad de optar por carreras universitarias.

Instrumentos: Se aplicó la versión de la Escala BIEPS resultante del estudio anteriormente reseñado y el Inventario de Síntomas Psicopatológicos (SCL-90-R) de Derogatis, L.R. (1997), que consiste en un listado autoadministrable de 90 síntomas clínicos, agrupados en 9 áreas sintomáticas o dimensiones: Somatización, Obsesiones y Compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, y Psicoticismo, y un nivel de síntomas discretos (adicionales). El encuestado debe responder si le molestó o preocupó el síntoma listado durante la última semana.

Somatización: evalúa quejas o molestias relacionadas con las percepciones de mal funcionamiento del cuerpo. Dolor y disconformidad.

Obsesiones y compulsiones: identifica pensamientos, impulsos y acciones intrusivas que son experimentadas como egodistónicas y displacenteras.

Sensibilidad interpersonal: se focaliza en sentimientos de inferioridad e inadecuación particularmente en las relaciones personales.

Depresión: evalúa los síntomas que son manifestados de una depresión clínica: estado de ánimo disfórico, aislamiento, falta de motivación, pérdida de energía vital, así como sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas.

Ansiedad: evalúa signos generales de ansiedad, tales como: nerviosismo, tensión, ataques de pánico, temor y correlatos somáticos de la ansiedad.

Hostilidad: evalúa sentimientos, afectos y acciones relacionadas con la ira y agresión.

Ansiedad fóbica: evalúa la presencia de respuestas persistentes de miedo y ansiedad (a una persona específica, lugar, objeto, situación) desproporcionada e irracional al estímulo.

Ideación paranoide: evalúa conductas paranoides, estilo de pensamientos desordenados y confusos. Hostilidad, suspicacia, egocentricidad y delirios, temor a la pérdida de autonomía e ideaciones suicidas.

Psicoticismo: aluden a sentimientos de soledad estilo esquizoide, así como a alucinaciones e ideas sobre el control de pensamiento.

Los ítems adicionales se refieren a un grupo de síntomas discretos que no se incluyen en las dimensiones antes mencionadas, pero sí se incluyen como puntajes globales.

Cada una de estas dimensiones se puntúan mediante una escala de tipo Likert con cinco opciones de respuesta (0 a 4 puntos), que abarca desde Nada a Mucho. Las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones se interpreta de manera cualitativa.

Procedimiento: Los datos provienen de un estudio más amplio que constituyó la Tesis para obtener el grado de Especialista en Psicología de la Salud de la Lic. Ariadna García (2001), la cual fue tutoreada por la autora de este artículo.

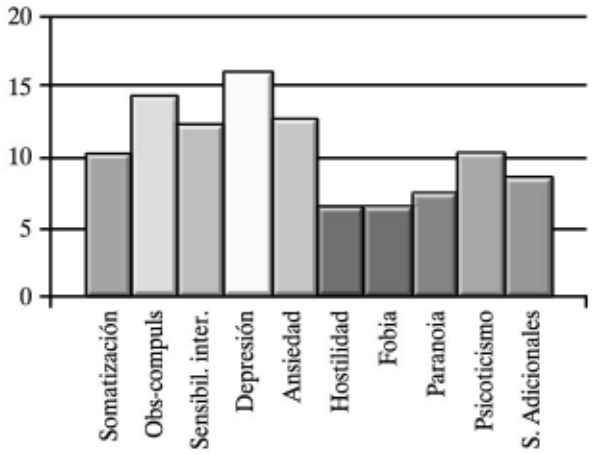
Para la obtención de la información, se aplicaron los instrumentos de forma grupal. En una sesión de aproximadamente 1 ½ hora de duración, se explicaron las pruebas y se aclararon las dudas surgidas.

Para el procesamiento de los datos, se creó una base de datos en Microsoft Excel. El procesamiento se realizó con la ayuda del paquete estadístico SPSS versión 10.0.

Resultados: El Gráfico 13.1. muestra la proporción de los sujetos de la muestra según síntomas psicopatológicos.

Como puede observarse los síntomas psicopatológicos más frecuentes son la depresión, las obsesiones y compulsiones y la ansiedad.

Gráfico 13.1. Valores de media de los síntomas psicopatológicos



Los estudios realizados sobre el tema concuerdan en que la ansiedad, la depresión y las obsesiones aparecen con frecuencia en este grupo etáreo (Jensen y cols. 1993). Martínez, C (1999) plantea que la sintomatología en el adolescente es de carácter neurótico, a diferencia de Consuegra, R.(1988), quien es partidario de considerar estas manifestaciones psicopatológicas como situacionales, muy relacionadas con los cambios hormonales de la etapa y su estatus. Coincidimos con este autor, pues en nuestra muestra parece ser que los síntomas son más situacionales que de carácter neurótico. Autores como Martín, M., Grau, J. y Portero, D (1991) también se han pronunciado por el carácter situacional de la ansiedad y la depresión, con los que coincidimos para explicar la presencia de psicopatología en el grupo estudio.

Relación entre bienestar y síntomas psicopatológicos: Al correlacionar (coeficiente de correlación de Pearson) el bienestar psicológico y los síntomas psicopatológicos, se encontraron correlaciones negativas y significativas, entre: la dimensión Aceptación de sí y los Síntomas adicionales (p=.000), la Ansiedad (p=.000), el Psicoticismo (p=.000), la Ideación paranoide (p=.000), la Sensibilidad interpersonal (p=.000), la Somatización (p=.001), la Fobia (p=.003), la Hostilidad (p=.000), la Depresión (p=.000). O sea, a menor aceptación de sí, más presencia de síntomas psicopatológicos, lo que habla a favor de la validez del BIEPS para la evaluación del bienestar en este grupo etáreo. Casullo, M. y Castro, A (2000) plantean que los adolescentes que registran mayor sintomatología tienen peores puntuaciones en la escala BIEPS, se sienten más desilusionados consigo mismos y están preocupados acerca de sus cualidades personales, con deseos de ser diferentes a como son.

Parece ser que la dimensión del bienestar más relevante en los adolescentes de la muestra resulta ser la *Aceptación de sí*, ya que es la única que obtiene relaciones significativas con los síntomas psicopatológicos y el afrontamiento. Autores como Romero, E. y cols (1999) plantean que los adolescentes muestran la práctica constante de la reflexión sobre sí mismos, y que el aceptarse tal como son no les parece una buena variante y la frase: "cambiaría mi manera de ser", es bastante general.

Por otra parte, Calzada, R., Altamirano, N., y Ruiz, M. (2001) plantean que la baja autoestima puede conllevar a conductas que representan un riesgo para su salud y la integridad física, moral y afectiva. Estos criterios hablan de que puede darse la relación establecida entre la baja autoestima y la aparición de síntomas psicopatológicos.

Bienestar, síntomas psicopatológicos y variables sociodemográficas: El Bienestar psicológico general presentó diferencias según sexo, predominando las mayores puntuaciones en los varones de la muestra, a diferencia de otros trabajos (Casullo, M. y Castro, A. 2000; González, R.,

Montoya, I. y Bernabeu, J, 2000), los cuales plantean que el bienestar psicológico general no presenta diferencias según género y que esta variable no parece afectar la percepción subjetiva del bienestar psicológico en los adolescentes. Las diferencias obtenidas muestran que los varones centran más su bienestar psicológico en el establecimiento de vínculos psicosociales que las mujeres, a diferencia de lo planteado por autores como González, R., Montoya, I. y Bernabeu, J. que refieren que son las mujeres las que más establecen vínculos psicosociales. Estos resultados reflejan lo ya expuesto con anterioridad sobre la presencia en nuestra sociedad de prejuicios, estereotipos y desigualdades evidentes que obstaculizan el desempeño que pudiera alcanzar la mujer cubana en cuanto a participación social en su sentido más amplio.

Los síntomas psicopatológicos muestran diferencias intersexos, son las mujeres adolescentes de la muestra las que presentan mayor número de sintomatologías, tales como: depresión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, psicoticismo, ideación paranoide y fobia. Este resultado coincide con lo encontrado por otros estudios (Martín, M. 2001), en el que las mujeres adolescentes obtienen, en general, mayores puntuaciones en las áreas sintomáticas que los varones, a excepción de la somatización, la hostilidad y síntomas adicionales.

En nuestro caso, este resultado puede deberse al rol de género impuesto por la sociedad a la mujer y que perdura aún en nuestros días: ella representa el sexo "débil" e "indefenso" por tanto, es más vulnerable a desarrollar síntomas clínicos. En consonancia con este análisis, Meler, I (1977) plantea que la condición femenina tiene un carácter transicional y conflictivo, en un período donde coexisten ordenamientos ancestrales de difícil reversión subjetiva, con nuevos valores e imperativos propios de la postmodernidad, todo lo cual conlleva a la presencia de trastornos psicopatológicos que, hoy en día, constituyen una problemática de elevada prevalencia en las mujeres.

No se encontraron relaciones importantes entre la edad y el Bienestar psicológico, ni entre la edad y los síntomas psicopatológicos, lo que también coincide con lo señalado en otros estudios (Casullo, M. y Castro, A., 2000 González, R., Montoya, I. y Bernabeu, J., 2000; Martín, M., 2001). Estos resultados pueden ser debidos a la homogenización de la edad (15 a 17 años)en la muestra.

Con respecto a las dimensiones particulares del Bienestar, vemos que los adolescentes de 15 años manifiestan una mayor apreciación de sí mismos que los adolescentes de 16 y 17 años. Este resultado está en consonancia con lo planteado por autores como Romero, E y cols. (1999), que a esta edad, los adolescentes tienden a reflexionar más sobre sí mismos, sin embargo, no se sienten satisfechos consigo mismos, prefieren cam-

biar su forma de ser. Se observa además, que los adolescentes de 16 años reflejan más *Proyectos* que los de 17 años, es decir, que tienen una mayor percepción de metas, propósitos y proyectos personales.

En relación a los síntomas psicopatológicos en estas edades, vemos que en los adolescentes de 16 años hay presencia de ansiedad fóbica, con respecto a los de 15 y 17 años, lo que podría estar asociado a la etapa escolar en la que se encuentran. Vemos sin embargo, que son los mismos adolescentes de 11no. grado los que presentan más ansiedad y ansiedad fóbica que los de 12mo. grado, lo que puede estar asociado a que éste representa el grado intermedio en este nivel de enseñanza y ello crea expectativas sobre cómo será la etapa escolar final en cuanto a exigencias, prácticas docentes, cumplimiento de responsabilidades asociadas a la propia etapa escolar que sigue, como también a la selección de una carrera universitaria, en el caso de los estudiantes que pertenecen al Preuniversitario.

Los adolescentes del Preuniversitario, en relación al Bienestar psicológico, establecen más *Vínculos* interpersonales que los de Politécnico, lo que está muy asociado a la vida de internos que deben cumplimentar en el régimen de becas, el cual le ofrece la posibilidad de desarrollar este tipo de relaciones entre los coetáneos, establecer mejores vínculos; mientras que los de Politécnico reflejan más *Aceptación de sí* que los del Preuniversitario, lo que es comprensible por la propia independencia que le brinda este tipo de régimen seminterno a estos adolescentes y la capacidad de tomar decisiones libremente, les da la oportunidad de sentirse seguros de cómo son y de sentirse afortunados.

Podemos observar además, que los adolescentes del Preuniversitario presentan más sintomatología que los del Politécnico, fundamentalmente son más ansiosos y obsesivos, lo que puede estar asociado a su propia condición de estudiantes internos, ya que ellos deben desarrollar una mayor cantidad de actividades, deben cumplimentar una mayor cantidad de responsabilidades escolares y de convivencia, lo que trae aparejado molestias, resquemores e inadaptaciones.

Conclusiones:

Los resultados preliminares evidencian que la Escala BIEPS puede utilizarse como una medida del bienestar en adolescentes cubanos, aunque se debe continuar profundizando en la investigación del BIEPS como instrumento. En ese sentido, se recomienda tener en cuenta la puntuación global y prestar atención a las puntuaciones que se alejen más de una desviación típica, ya que la homogeneidad de los resultados obtenidos nos inclina a dudar acerca del valor clínico de las puntuaciones intermedias. En otras palabras, para el trabajo asistencial, para las acciones de prevención y de promoción de salud, es probable que los valores más interesantes sean los extremos.

ESCALA BIEPS-J

Nombre: ——————— Edad: ——————— Sexo: ———
Escuela: ——————— Grado: ——————— Fecha: ———

Te pedimos que leas con atención las veinte frases siguientes. Marca tu respuesta en cada una de ellas de acuerdo a lo que pensaste y sentiste durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: ESTOY DE ACUERDO- NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO- ESTOY EN DESACUERDO. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No dejes frases sin responder. Marca tu respuesta con una cruz (X) en uno de los tres espacios.

	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo

Resumen: Calificación e Interpretación BIEPS

Bienestar General: Sumatoria de las puntuaciones obtenidas en todos los ítems.

De interés clínico son las puntuaciones de Bajo bienestar (menor que 30)

Dimensiones del bienestar:

Aceptación de sí: sumatoria ítems 4, 7, 9, 11

Control: sumatoria ítems 10 y 12

Vínculos: sumatoria ítems 2 y 8

Autonomía: sumatoria ítems 1 y 3

Ausencia de afectividad negativa: sumatoria ítems 5 y 6

Se recomienda interpretar las dimensiones de manera cualitativa, es decir, de interés clínico es la identificación de las dimensiones que tienen puntuaciones más bajas con respecto a las restantes.

13.6. Escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS)

Reseña

Título: Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS).

Autores: Frydenberg, E. y Lewis, R. (I993)

Fundamentación: La adolescencia es considerada una etapa del desarrollo caracterizada por continuos cambios, que pueden ocasionar estrés. Las exigencias psicosociales derivadas de este proceso evolutivo pueden repercutir en el desarrollo psicológico, influyendo en la confianza en sí mismo, la timidez, la ansiedad, el sentimiento de eficacia, la autoestima o el desarrollo de estrategias de afrontamiento (*Frydenberg y Lewis,1991*).

Vicente Pelechano (1994) llama la atención sobre cómo el estudio del afrontamiento al estrés ha evolucionado desde la investigación de estrategias concretas de afrontamiento ante determinados situaciones, hacia "*el estudio de las formas de enfrentarse a los problemas.... como opción al estudio de los determinantes de personalidad*".[19]

Llegado este punto, se hace necesario establecer la diferencia entre "estilos de afrontamiento" y "estrategias de afrontamiento". Se habla de estilos de afrontamiento como variables disposicionales que influyen so-

[19] Pelechano, V., P. Madud y A. de Miguel. Estrés, Personalidad y Salud, p. 344

bre la elección de las estrategias de afrontamiento, y de las estrategias de afrontamiento como acciones concretas y específicas puestas en marcha para enfrentarse a la situación. En esta línea de pensamiento se ubica el ACS (.Frydenberg y Lewis , 1994).

El ACS evalúa 18 estrategias que corresponden a tres estilos (Afrontamiento dirigido a la resolución del problema, en relación con los demás y el improductivo) señalados por Frydenbergy Lewis (1996). En un estudio posterior, Frydenberg y Lewis (1996) propusieron las estrategias consideradas en cada estilo, y que se presentan en las tablas de resultados. En el adolescente las estrategias de afrontamiento parecen ser el resultado de aprendizajes realizados en experiencias previas, que constituyen un estilo estable de afrontamiento, que determina las estrategias situacionales . Cada estrategia se obtiene aplicando un coeficiente de corrección en función del número de elementos (Frydenberg y Lewis, 1996).

Descripción: El ACS es un inventario de autoinforme compuesto por 80 elementos, uno abierto y 79 de tipo cerrado, que se puntúan mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos que abarca desde "No se me ocurre nunca o no lo hago" (puntuación 1), hasta "Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia" (puntuación 5). El último elemento es una pregunta abierta acerca de otras estrategias que utiliza el adolescente para enfrentarse a sus problemas. Tiene dos formas de aplicación (general y específica) que difieren sólo en la consigna. En el ACS-forma general se le pide al sujeto que diga, en general. Lo que suele hacer para enfrentar los problemas o dificultades. En la forma específico, se le pide que describa su preocupación principal y responda los ítems de acuerdo a esta.

Las estrategias de afrontamiento son:

- *Buscar diversiones relajantes (Dr):* describe situaciones de ocio, y relajantes tales como la lectura, la pintura o divertirse.
- *Esforzarse y tener éxito (Es):* describe compromiso, ambición y dedicación, se refiere a conductas de trabajo, laboriosidad e implicación personal.
- *Distracción física (Fi):* se refiere a la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma.
- *Fijarse en lo positivo (Po):* indica una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y a sentirse afortunado.
- *Concentrase en resolver el problema (Rp):* se dirige a abordar el problema sistemáticamente, pensar en él y tener en cuenta los diferentes puntos de vista u opciones de solución.
- *Buscar apoyo espiritual (Ae):* consiste en una tendencia a rezar, y a creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual.

- *Invertir en amigos íntimos (Ai):* se refiere a la búsqueda de relaciones personales íntimas, al esfuerzo por comprometerse en alguna relación personal de tipo íntimo y hacer nuevas amistades.
- *Buscar ayuda profesional (Ap):* denota una tendencia a recurrir al uso de consejeros profesionales, como maestros o psicólogos.
- *Buscar apoyo social (As):* consiste en una inclinación a compartir los problemas con los demás y conseguir ayuda y apoyo para enfrentarlos.
- *Buscar pertenencia (Pe):* indica una preocupación o interés por las relaciones con los demás en general y, más concretamente, preocupación por lo que los otros piensan de él.
- *Acción social (So):* consiste en dejar que otros conozcan cuál es su preocupación y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos.
- *Autoinculparse (Cu):* indica que se percibe como culpable o responsable de sus problemas o dificultades.
- *Hacerse ilusiones (Hi):* se refiere a la esperanza y a la expectativa de que todo tendrá un final felíz.
- *Ignorar el problema (Ip):* denota un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él.
- *Falta de afrontamiento o no afrontamiento (Na):* se refiere a la incapacidad personal para resolver el problema, a no hacer nada y su tendencia a sentirse enfermo y a desarrollar síntomas psicosomáticos.
- *Preocuparse (Pr):* indica temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura.
- *Reservarlo para sí (Re):* indica que el sujeto tiende a aislarse de los demás y a impedir que conozcan sus preocupaciones.
- *Reducción de la tensión (Rt):* se refiere al intento de sentirse mejor y relajar la tensión, mediante acciones como: llorar, gritar, evadirse, fumar, comer o beber.

Para cada una de estas estrategias se obtiene una puntuación total resultante de la suma de los puntos obtenidos en cada uno de los 5, 4 ó 3 ítems de que consta cada una de ellas. Luego de ajustarlas en función del número de ítems, los resultados se interpretan de manera cualitativa.

Estudios de validación: En los estudios realizados para la construcción y validación del ACS se encontró que las escalas presentaba distribuciones normales de las puntuaciones y una aceptable correlación test-retest. La adaptación española fue realizada por TEA (Frydenberg y Lewis, 1996a) y reporta resultados similares.

En Cuba, el ACS fue utilizado por la Lic. Ariadna García en su Tesis para Especialista en Psicología de la Salud (2002) para evaluar las rela-

ciones entre afrontamiento, bienestar y síntomas psicopatológicos en adolescentes de 15 a 18 años.[20]

El universo estuvo constituido por los alumnos del Instituto Preuniversitario en el campo "Batalla de los Molinos del Rey", perteneciente al municipio Artemisa de la provincia La Habana y el Politécnico "Andrés Luján" del municipio San Miguel del Padrón de Ciudad de La Habana. Estos centros fueron seleccionados por su disposición para la ejecución del trabajo. La muestra se conformó a partir de un muestreo no probabilístico, escogiéndose un grupo de cada grado en correspondencia con la disponibilidad de las escuelas. Finalmente la muestra estuvo constituida por 191 estudiantes.

Para evaluar el bienestar se utilizó la Escala BIEPS (descrita en un capítulo precedente) y para los síntomas psicopatológicos *Inventario de Síntomas Psicopatológicos* (SCL-90-R), de Derogatis, L.R. Adaptado por González, R. (1977).

El ACS se calificó siguiendo el procedimiento reportado por Casullo, M. y Castro, A (2000) y por González, R., Montoya, I., Bernabeu, J.(2000) en estudios similares. Para identificar las estrategias más frecuentes en la muestra se calificaron a los sujetos en Alto, Medio y Bajo, considerándose Altos los que obtenían una puntuación mayor que la X +1SD, y Bajos los que obtenían una puntuación menor que la X -1SD (Tabla 13.19.).

Como podemos observar, las estrategias más frecuentes fueron:

- Buscar apoyo social
- Concentrarse en resolver el problema
- Esforzarse y tener éxito
- Invertir en amigos íntimos
- Buscar pertenencia
- Hacerse ilusiones
- Buscar apoyo espiritual
- Fijarse en lo positivo.

En las que ningún sujeto obtuvo la calificación de Bajo. Sin embargo, en la estrategia *Buscar apoyo espiritual* predominan los sujetos con calificación media, lo que indica que aunque es utilizada con frecuencia, no es tan referida como las anteriores. La estrategia que aparece usada con menor frecuencia es la *Acción social*, que coincide con lo señalado por autores como Frydenberg, E. y Lewis, R (1991), quienes también encontraron que la *Acción social* era una de las estrategias menos utilizadas por los adolescentes.

[20] García A, Bienestar, afrontamiento y síntomas psicopatológicos en adolescentes. Tesis para la obtención del grado de Especialista en Psicología de la Salud, Facultad Calixto García, ISCNH, 2002. Tutota: Dra. Marta Martín Carbonel.

Tabla 13.19. Distribución de frecuencias de las estrategias de afrontamiento

ESTRATEGIAS	ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%
Buscar apoyo social (As)	165	86.4	26	13.6	---	---
Concentrarse en resolver el problema (Rp)	169	88.5	22	11.5	---	---
Esforzarse y tener éxito (Es)	81	94.8	10	5.2	---	---
Preocuparse (Pr)	183	95.8	7	3.7	1	5
Invertir en amigos íntimos (Ai)	165	86.4	26	13.6	---	---
Buscar pertenencia (Pe)	179	93.7	12	6.3	---	---
Hacerse ilusiones (Hi)	172	90.1	19	9.9	---	---
Falta de afrontamiento o no afrontamiento (Na)	68	35.6	120	62.8	3	1.6
Reducción de la tensión (Rt)	46	24.1	142	74.3	3	1.6
Acción social (So)	28	14.7	131	68.6	32	6.8
Ignorar el problema (Ip)	27	14.1	113	59.2	51	6.7
Autoinculparse (Cu)	74	38.7	110	57.6	7	3.7
Reservarlo para sí (Re)	77	40.3	110	57.0	4	2.1
Buscar apoyo espiritual (Ae)	78	40.8	113	59.2	---	---
Fijarse en lo positivo (Po)	147	77	44	33	---	---
Buscar ayuda profesional (Ap)	105	55	81	42.4	5	2.6
Buscar diversiones relajantes (Dr)	57	29.8	122	63.9	12	6.3
Distracción física (Fi)	33	17.3	146	76.4	12	6.3

La estrategia de afrontamiento que tuvo correlación significativa y positiva con la dimensión del Bienestar Aceptación de sí fue Falta de afrontamiento o no afrontamiento (p=.002), mientras que la estrategia Reservarlo para sí (p=- -.012) obtuvo una correlación negativa y significativa . En otras palabras, a mayor Aceptación de sí, menos tendencia a reportar el uso de la estrategia Falta de afrontamiento; además, los adolescentes con menor aceptación de si mismos, tienden a reportar más la estrategia de Reservarlo para si. Esto coincide con los resultados de González, R., Montoya, I. y Bernabeu, J (2000). Al parecer, la baja aceptación de sí mismo está relacionada con el reporte del uso de estrategias de afrontamiento negativas.

Entre las estrategias de afrontamiento y los síntomas psicopatológicos, se encontraron correlaciones significativas entre la ansiedad y la estrategia Buscar apoyo espiritual (p=.000), observándose además una correlación significativa y negativa con las estrategias Reservarlo para sí (p=-.007), Falta de afrontamiento o no afrontamiento (p=-.001), Reducción de la tensión (p=-.001), y Distracción física (p=.037), lo que sugiere que debe profundizarse en el papel que tiene el uso de estas estrategias de afrontamiento en el desarrollo de la ansiedad y otros síntomas en el adolescente. Es posible que ante situaciones que generen ansiedad, los adolescentes tiendan a utilizar las estrategias de Buscar apoyo espiritual y la Distracción física, justamente porque estas resultan eficaces para el control de la ansiedad. Recuérdese que nuestra muestra

está constituida por sujetos "normales" que no presentan psicopatología evidente y que aunque la ansiedad aparece como uno de los síntomas reportados con mayor frecuencia, no hay datos que apunten hacia el hecho de que ésta sea una ansiedad de carácter patológico. Grau, J. y Martín, M.(1991) plantean la existencia de estados no patológicos de ansiedad que surgen ante situaciones en que las demandas desbordan los recursos del sujeto, pero que son de carácter transitorio y no producen afectaciones en la estructuración de la personalidad.

Encontramos, además, correlaciones significativas y negativas entre la estrategia Autoinculparse y la Ideación paranoide (p= -.009), lo cual es lógico ya que justamente la ideación paranoide ha sido considerada como un mecanismo compensatorio para evitar el reconocimiento de la propia culpa por muchos autores, desde Freud, S. hasta Derogatis, L (1977). Esta estrategia, también correlaciona significativa y positivamente con la Depresión (p=.012) y la Hostilidad (p=.018), lo que está en consonancia con los planteamientos de autores como Ellis, A. (1962) y Beck, A (1979).

Los síntomas adicionales correlacionan significativamente con la estrategia de Falta de afrontamiento o no afrontamiento (p=.000), lo cual es consecuente con el carácter negativo por la estabilidad psíquica que se le atribuye (Lazarus, R. y Folkman, S. 1984), y también correlaciona significativa y negativamente con la estrategia Reducción de la tensión (p=.001), lo cual habla a favor de la eficacia de la misma (Lazarus, R. y Folkman, S, 1984).

El Sexo y el Tipo de escuela fueron las variables sociodemográficas que establecieron diferencias en las estrategias de afrontamiento, el bienestar psicológico y los síntomas psicopatológicos, siendo las mujeres y los estudiantes de preuniversitario en el campo los que peores resultados obtuvieron.

Conclusiones: El ACS ha demostrado su utilidad para evaluar estilos y estrategias de afrontamiento, tanto por sus propiedades psicométricas, como por tener correlaciones significativas con medidas del bienestar y los síntomas psicopatológicos, consecuente con los supuestos teóricos. Aunque se carece de datos normativos para la población cubana, los resultados de A. García pueden tomarse como punto de partida para el diagnóstico en adolescentes entre 15 y 18 años, teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio que no tuvo una muestra representativa de la población. Deberá usarse con precaución en sujetos menores de 15 años, acerca de los que no se tiene información. No obstante las limitaciones señaladas, dada la escasez de instrumentos para evaluar afrontamiento en adolescentes en nuestro medio, nos parece conveniente recomendar su introducción en la práctica asistencial y sobretodo, estimular los estudios de investigación con esta prueba.

ACS Forma específica

Instrucciones

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. ¿Cuál es la preocupación principal en tu vida? Describe brevemente en la zona indicada en la Hoja de respuestas tu preocupación principal.

En este Cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte al problema o dificultad concreta que acabas de describir. En cada afirmación debes marcar en el hoja de respuestas la letra A,B,C,D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B[1]
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Por ejemplo, si algunas veces te enfrentas a tu problema mediante la acción de- Hablar con otros para saber lo que ellos harán si tuviesen el mismo problema, deberías marcas la C como se indica a continuación:

1. Hablar con otros para saber: lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema _____ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐

Deberás anotar todas tus contestaciones en la hoja de respuestas. No escribas nada en este cuadernillo. Recuerda que estás pensando en un problema concreto

No me ocurre nunca no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Calificación e interpretación: La calificación de cada una de las estrategias se obtiene mediante la sumatoria de los ítems correspondientes. La siguiente calificación se basa en los datos derivados de la Tesis de especialista de la Lic. Ariadna García, con una muestra de 191 adolescentes de 15 a 18 años, por lo que se debe ser cauteloso a la hora de interpretar los resultados, sobretodo en adolescentes menores de 15 años.

Como puede observarse, hay subescalas (estrategias) sobre las que sólo se ofrece la calificación de alta porque es la que tiene interés diagnóstico. Por ejemplo, si un sujeto obtiene una puntuación de 10 en la estrategia FIJARSE EN LO POSITIVO, ésto no quiere decir que la use poco, si no que la reportó con una frecuencia similar a la mayoría de los sujetos del estudio. Para un diagnóstico más preciso, se recomienda que se revisen las repuestas dadas a los ítems de la estrategia de interés.

Por carecer de datos normativos confiables para nuestra población, se recomienda que los estilos de afrontamiento se interpreten de manera cualitativa, o sea, por inspección visual se analizan si hay discrepancias importantes con relación a las puntuaciones obtenidas en el conjunto de estrategias que lo conforman.

Debe recordarse que el ACS se puede aplicar de manera general y específica, lo que también implicará diferencias en la interpretación de sus resultados, pues puede ser que para un problema específico la persona reporte estilos y estrategias diferentes a las que utilizaría habitualmente.

Estrategias y estilo	Alto	Bajo	ITEMS
Estilo dirigido a la resolución del problema			
Buscar diversiones relajantes (Dr)	13		17-35-53
Distracción física (Fi)	12		18-36-54
Fijarse en lo Positivo (Po)	17		15-33-51-69
Concentrarse en resolver El problema (Rp)	23	13	2-20-38-56-72
esforzarse y tener Éxito (Es)	23	14	3-21-39-57-73
Estilo dirigido a la relación con los demás			
Buscar apoyo espiritual (Ae)	16	8	14-32-50-68
Buscar ayuda Profesional (Ap)	17	7	16-34-52-70
Invertir en amigos Íntimos (Ai)	22	12	5-23-41-59-75
Buscar pertenencia (Pe)	22	14	6-24-42-60-76
Buscar apoyo social (As)	22	12	1-19-37-55-71
Acción social (So)	10	4	10-28-46-64
Estilo improductivo			
Hacerse ilusiones (Hi)	21	11	7-25-43-61-77
Falta de afrontamiento o no Afrontamiento (Na)	14	6	8-26-44-62-78
Reducción de la tensión (Rt)	13	5	9-27-45-63-79
Ignorar el problema (Ip)	12	4	11-29-47-65
Autoinculparse (Cu)	14	4	12-30-48-66
Reservarlo para si (Re)	15	7	13-31-49-67
Preocuparse (Pr)	23	15	4-22-40-58-74

13.7. Instrumentos proyectivos de uso frecuente en niños. Introducción

13.7.1. Características del dibujo de la Figura Humana y la Casa en niños, de acuerdo a su etapa evolutiva

A continuación se ofrece un esquema, a grandes rasgos, del desarrollo psicomotriz del niño, según se aprecia en los dibujos, por grupo de edad:

- Sobre el año y seis meses y los 2 años de vida, el control muscular y la coordinación viso motora es muy limitada en el niño, no hay intencionalidad en la expresión gráfica, en este tiempo los menores comienzan a hacer garabatos desorganizados de forma vertical o circular; el espacio del papel no les resulta suficiente y extienden sus líneas sobre la mesa que le sirve de apoyo, y esta actividad les resulta divertida.
- Entre los 2 y 3 años de edad, el niño comienza hacer círculos y líneas rectas, aún predomina el garabato y pueden algunos niños, más próximos a los 3 años, realizar monigotes desorganizados sin intención de representar objetos de la realidad, atribuyéndole posteriormente, cuando se le pregunta, representatividad de una persona u objeto. Es importante precisar que alrededor de los 3 años ya el niño es capaz de dibujar un círculo, y este es un índice significativo del desarrollo general del menor. El dibujo del círculo forma parte de muchos tests para determinar el desarrollo intelectual de los menores, ya que se ha constatado que en los primeros momentos de la evolución infantil el desarrollo motor y el desarrollo mental corren parejos. El dibujo del círculo también aparece en baterías de pruebas neuropsicológicas; la dificultad para realizar este simple ejercicio indica daño neurológico.
- Entre los 3 y los 4 años de edad, el monigote va siendo mejor logrado; el pequeño perfecciona sus trazos y descubre nuevas líneas como son las horizontales y espirales, intenta representar los objetos tal como los ve, y es notable la evolución que se observa del dibujo en 6 meses, de una aplicación a la otra. Aproximadamente a los 4 años de edad, el menor ha alcanzado un grado mayor de desarrollo psicomotor que le permite el control necesario para efectuar cambios de dirección en el trazado de las líneas que realiza, por lo que

alrededor de esta etapa el niño es capaz de dibujar un cuadrado, aunque no de forma rigurosa. El dibujo del cuadrado, de igual forma, integra la batería de pruebas neuropsicológicas.

- De los 4 a los 5 años, el niño con un desarrollo psicomotor normal, es capaz de dibujar de forma reconocible un monigote en el que aparecen los brazos y partes de la cabeza. Sobre los 5 años intentan dibujar una casa mediante líneas que expresan un espacio cerrado. Estos espacios pueden adquirir formas triangulares, rectangulares o diversas formas geométricas, siempre muy imprecisas; dentro de estas figuras intentan dibujar algo parecido que se pueden interpretar como el inicio de las representaciones de ideas de objetos que existen dentro de la casa y que no puede reproducirse gráficamente de manera más correcta a causa del insuficiente desarrollo ideo-motor. Valdez Marín realiza una clasificación de los estadios por los cuales atraviesa el desarrollo psicográfico del niño en relación al dibujo de una casa en Estadio A, B, C, D, E y F. El estadio que corresponde al niño que ha desarrollado la posibilidad de dibujar una casa con las características que acabamos de describir, para esta edad se encuentra en el Estadio A, al que Rouma denomina etapa de los "Relatos en desorden"
- Entre los 5 y 6 años el niño se entretiene haciendo dibujos; para este entonces realiza monigotes con cara y sin cuello; y puede incorporar otros detalles como botones, siempre en dependencia de la estimulación que reciba. Para este entonces el niño alcanza el trazado de formas rectangulares bien definidas por lo que el dibujo de la casa está mejor logrado, así como la representación de objetos dentro de la misma, aunque no perfectamente reconocibles; los elementos de puerta y ventanas pueden no estar presentes o aparecer uno de ellos, el techo no aparece en la gran mayoría de los dibujos, estos componentes de la vivienda se perfilan mejor a medida que el niño se aproxima a los 6 años de edad, en esta atapa también puede aparecer el fenómeno de la transparencia, en algunos niños, al dibujar el bombillo de la luz, pendiendo de su cordón, en el interior de la casa, fenómeno no patológico en niños, (corresponde a los inicios de lo que Luque denomina Realismo Intelectual, es decir, el menor no dibuja lo que ve, sino lo que conoce de las cosas). Este es el Estadio B, denominado "Contorno reconocible de la vivienda" y como siempre ocurre en algunos niños, aparecen algunos elementos del estadio siguiente, mientras otros aún permanecen en el estadio anterior.
- Entre los 6 y los 7 años de edad, el niño tiene un mayor control acerca de lo que quiere dibujar, la imaginación y la fantasía se

entremezclan con la realidad, aparecen elementos antropomórficos, soles sonrientes o tristes, surgen los atributos sexuales dado por la vestimenta, y otros temas como barcos, flores, casas, la bandera. Las representaciones gráficas suelen ser de tamaño grande, no guardan mucha proporción las partes entre sí, ni con el conjunto de los elementos. Las figuras humanas se caracterizan por tener las cabezas desproporcionadamente grandes. En este nivel el niño dibuja lo que conoce del objeto, sin tener en cuenta las perspectivas o las transparencias, no constituyendo esto un elemento patológico. En esta etapa, el dibujo de la casa está mucho mejor logrado, así como mejor definidos otros objetos en el interior de las casas cerradas, dando lugar al fenómeno de transparencia de aquellos objetos que deben permanecer ocultos en las figuras pero que el niño sabe que existen en el interior y los dibuja; este fenómeno no es patológico en el niño, también aparecen otros detalles añadidos a la casa como puede ser la bandera, un arbusto y a veces, hasta la representación de un niño; por este motivo, Rouma denomina este estadio "Primeras representaciones de casas perfectamente reconocibles con adición de detalles"; Valdez Marín lo denomina Estadio C. Esta etapa corresponde al Realismo Intelectual de Luque. A esta edad, aún es posible encontrar niños en la etapa del monigote aunque en minoría.

- A partir de los 8 años no deben haber niños con un desarrollo psicológico normal en la etapa del monigote, ya en esta edad el niño ha alcanzado un nivel más elevado en cuanto a su madurez motora, lo que le permite perfeccionar sus producciones. En esta etapa, ya el niño no dibuja lo que conoce del objeto, sino cómo lo percibe en su contexto social, siendo el reflejo de la realidad más exacto; según Luque, el Realismo Intelectual cede el paso al Realismo Visual, donde se observa que el niño se esfuerza por representar la realidad tal como la percibe; para entonces, el tamaño de la figura humana es más adecuado, incorpora numerosos detalles y transparencias, especialmente en los dibujos de la casa; apareciendo entonces diferencias cualitativas en la organización, elaboración y nivel de detalles. En esta etapa el dibujo de la casa es perfectamente reconocible, rico en transparencias y se le incorporan otros elementos externos, como pueden ser arbustos, cercas, banderas, antenas y/o niños. A medida que pasan los meses el dibujo de la casa se enriquece más, hasta que aparece un nuevo estadio en el desarrollo psíquico del menor cuando coloca un nuevo elemento en su dibujo: una línea horizontal o la utilización del borde inferior del papel como base que sustenta la casa y representa la tierra. Sobre esta línea o borde se dibuja la casa y se colocan todos los elementos

que hasta el momento viene dibujando el menor, por tal motivo se le denomina a este Estadio D, "Relato en una línea"; de este modo, el niño comienza a representar su percepción del espacio. Puede existir un momento donde el infante realice de forma separada los planos de la tierra y el cielo; abajo están los objetos, encima están las nubes, el cielo, el sol, los aviones, las gaviotas, etc., y en el medio, un espacio totalmente en blanco.

- Entre los 9 y 10 años hay mayor perfección en los dibujos, aparece una amplia variedad de detalles, y mayor preocupación por la semejanza de sus dibujos con la realidad; en este momento el niño es capaz de dibujar la figura humana perfectamente reconocible; en cuanto al dibujo de la casa, en esta etapa aparecen las primeras manifestaciones del Estadio E, "Comienzo de la yuxtaposición de las formas". Este Estadio se caracteriza por la distribución escalonada, en el papel, de la casa y los demás elementos externos a ella, sin la línea horizontal como sostén, es una etapa de comienzo al desarrollo de la perspectiva en los dibujos; perspectiva que esta ausente en los dibujos de los niños con un menor grado de desarrollo psicomotor.
- Entre los 10 y 11 años se produce un mayor desarrollo en las posibilidades psicográficas de los niños, y específicamente, en cuanto al dibujo de la casa, se aprecia un paso significativo en cuanto a la distribución de los diferentes elementos externos a la vivienda sobre el papel, ya se observa una distribución más propicia para la representación de la perspectiva que se irá alcanzando con el paso de los meses al arribar al Estadio F "Comienzo de la representación perspectiva" y unos meses después al Estadio F+ "Completo estadio de la representación perspectiva" En este estadio las ideas y representaciones de la vivienda y objetos que la rodean son reflejadas según la realidad objetiva. Alrededor de esta edad se alcanza los niveles más altos del Realismo Visual. Posterior a esta etapa solo existen diferencias cualitativas, entrando a jugar otros factores, tales como: el nivel intelectual, la estimulación, el entrenamiento, la fantasía y la motivación hacia la actividad.

Partiendo de esta base, se puede afirmar que mediante los dibujos es factible conocer el desarrollo mental alcanzado por una persona, por lo cual consideramos la expresión gráfica como un instrumento auxiliar, útil para el diagnóstico y la evaluación del proceso evolutivo. Es necesario señalar que los diferentes estadios se entrelazan en cuanto a sus características, al final de un estadio con el principio del siguiente, y esto está muy relacionado con las diferencias individuales de un niño a otro.

13.7.2. Test del dibujo de la familia y el dibujo libre

Mediante el dibujo se pone de manifiesto información valiosa acerca de aspectos emocionales que presenta la persona que dibuja, lo cual hace que estas técnicas se constituyan en herramientas de mucho valor para explorar el mundo interno de los individuos. Ejemplo: durante la primera infancia, se observa coherencia entre los gestos y el lenguaje hablado del niño. Esto se debe a que ambas vías de comunicación expresan necesidades y emociones básicas; en cambio, en la medida que el niño crece y los procesos del pensamiento alcanzan mayor complejidad y abstracción, esta correspondencia lineal entre el gesto y la palabra va desapareciendo. Ya en el adulto se observa una gran diferencia entre sus gestos analógicos y su lenguaje verbal. En la medida en que la incoherencia aumenta, dado por diferentes circunstancias anómalas para la persona, hay mayor probabilidad de que se presente alguna forma de desorganización psíquica. Esta incoherencia aparece como síntoma de algún trastorno psíquico, lo cual puede también estar presente en niños; en estos casos, la utilización de técnicas proyectivas gráficas, como el dibujo de una persona, el dibujo libre, el dibujo de la familia imaginaria y la familia real u otros dibujos, además de explorar la madurez y el nivel de funcionamiento, se convierten en alternativas de estudio para explorar las emociones y sentimientos en las personas.

El dibujo es una vía gráfica excelente para indagar acerca de la existencia de perturbaciones psicológicas y/o físicas, momentáneas o crónicas, tales como temor a uno de los padres o la existencia de conflictos entre los progenitores, o en el seno familiar, etc., así como la presencia de trastorno psicológico posterior a un accidente traumático o una enfermedad orgánica. Battista y cols. (1992) han observado que el niño enfermo representa en sus dibujos la magnitud de la enfermedad que padecen: los dibujos de los niños, cuyo problemas de salud no afectan gravemente el área emocional, son grandes y tienen colores; mientras que los dibujos de los niños que sufren enfermedades graves y/o crónicas, que los mantiene sujetos a sus camas y pasivos por largo tiempo, suelen ser representados con trazos tenues y con ausencia de color.

García Morey apunta que los niños víctimas de maltrato familiar usan poco el color y cuando lo hacen es para rellenar, lo que más resalta en estos niños es que las figuras aparecen primitivas, pequeñas, y sin movimiento; los dibujos de estos niños evolucionan positivamente en la medida que mejora la situación en el hogar. Esta autora encontró que en los dibujos de niños con enuresis predomina el uso de colores fríos como son el verde y el azul, el trazo inseguro con pobre control muscular, figuras pequeñas y aparecen dibujadas en el aire.

Los test más representativos en el uso de este tipo de técnicas son: La Figura Humana, el HTP, el dibujo libre y el dibujo de la familia, estas técnicas jamás las usamos como instrumentos diagnósticos, sino de apoyo en la búsqueda de información a los fines del diagnóstico y tratamiento.

El niño entre los 8 y 11 años de edad comienza a expresar, en sus dibujos, la realidad que perciben en su contexto social; partiendo de esta base podemos afirmar que los niños también reflejan sus problemáticas personales y familiares en sus dibujos, bien sea en el contenido o en la ejecución del mismo, mediante el uso del color, preferencia cromática, fortaleza del trazo, tamaño de la figura, colocación de las personas, su posición personal en el dibujo en relación a las otras personas, etc., esa es la importancia de la expresión gráfica en psicología infantil; el dibujo ayuda a conocer y a penetrar en el mundo interno de la persona y el medio en que este vive; además de un medio para facilitar una buena relación afectiva con el niño, puede constituir un instrumento útil como auxiliar diagnóstico y de evaluación en el proceso evaluativo.

El análisis del test de la familia ayuda a conocer las relaciones que el individuo tiene en el seno familiar con las personas con las cuales convive y con aquellas otras que resultan significativas para él, aunque no vivan bajo el mismo techo, y que el sujeto dibuja espontáneamente al pedirle que dibuje una familia inventada o que dibuje su propia familia. El dibujo de la familia, real y/o imaginaria, es un tests que se utiliza en el trabajo evaluativo de niños, y queda a criterio del investigador el indicar ambos o pedir uno solo de los dibujos.

Orientaciones al examinador: Se le entrega al examinado una hoja de papel y un lápiz con goma y se da la consigna: "Dibuja una familia inventada".

Una vez terminado este dibujo, se recoge y se le entrega otra hoja de papel y se le da la consigna: "Dibuja tu familia".

El sujeto no puede tener a su vista imágenes que faciliten la copia del dibujo.

Tiempo: la prueba no tiene límite de tiempo pero se realiza cada dibujo en alrededor de 10 a 15 minutos.

Los dos dibujos ofrecen información cruzada y se complementan acerca de las necesidades que tiene esa persona para consigo mismo y su propia familia; la familia imaginaria aporta datos acerca de los deseos, lo que se quiere tener y está en falta, las carencias de afectos, las frustraciones, los sueños; y el examen de la familia real brinda un cuadro de sí mismo, de su lugar en la familia o el lugar que la persona siente tiene en su familia, sus frustraciones, miedos y temores y cómo los maneja, si siente bienestar, cómo se acepta, cómo se relaciona con la realidad que le toca vivir y dónde busca protección, etc.

La interpretación de los dibujos se realiza siguiendo tres fases:

1 Componentes de la familia: Constatar en ambos dibujos si el sujeto respeta la presencia de todos los componentes de la familia, (presencias, ausencias, presencia sobredimensionada de alguna manera, personajes añadidos con alguna persona conocida o fantaseada).
2 Coreografía del dibujo: Lugar y distribución geográfica en que sitúa a los personajes, sigue el orden jerárquico filial, elimina algún familiar o personaje, si dispone un lugar para un personaje y luego lo cambia de sitio, lo borra o maltrata. Nos habla de relaciones conflictivas, de cómo se siente situado dentro de su familia y en relación a personas específicas, distancias entre los miembros, cómo es la comunicación del menor con la familia, objetos separando a las personas que comparten el dibujo familiar.
3 Análisis gráfico del dibujo: refuerzos, debilidad, seguridad en los trazos, etc., de cada uno de los personajes. Se utilizan los criterios de interpretación aplicados en el análisis gráfico en la figura humana.

El análisis de los dibujos de ambas familias permite valorar el ajuste a la realidad que tiene esa persona. Se espera que la interpretación del dibujo de la familia real obtenga mejor conciliación entre los diversos parámetros tenidos en cuenta; lo contrario, si la fantasía se impone a la realidad, el sujeto estará indicando inmadurez cronológica o afectiva, manifestación de necesidades insatisfechas relacionadas con situaciones muy frustrantes que no puede controlar.

Dibujo libre: La indicación del dibujo libre sigue parámetros similares, aunque su interpretación está en dependencia de lo que la persona decida dibujar: el contenido, los trazos, proporciones, etc.

Orientación al examinador: Después de creadas las condiciones ambientales favorables, en las que el sujeto se sienta cómodo para comenzar su ejecución en las pruebas, se procede del siguiente modo:

Entrega al sujeto una hoja de papel blanco, lápiz y goma de borrar y le dice:

"En este papel realiza un dibujo como tú quieras hacerlo".

13.7.3. Test de completar frases para niños de nivel primario

Las técnicas de completamiento, como ya se dijo, son aquellas en las cuales la persona tiene que responder con asociaciones libres a estímulos verbales o escritos, para concluir o completar la tarea.

La interpretación más común del Test de completar frases de Rotter, infantil, es la cualitativa. La interpretación cualitativa no cuenta con un método específico, depende, como en cualquier otra prueba proyectiva, de la experiencia, entrenamiento y orientación teórica de quien interpreta.

A estas técnicas se les hacen los mismos señalamientos críticos que se realizan a todos los instrumentos proyectivos acerca de lo poco confiable y válidos que son sus resultados; no obstante, la interpretación cualitativa que se hace de las mismas demuestran, en la práctica, su utilidad para establecer hipótesis de trabajo. El análisis cualitativo encierra, en sí mismo, una ventaja para este grupo de pruebas, ya que permiten, con mayor facilidad (previo proceso de validación), el ajuste de sus ítems a la realidad de cada cultura y a los objetivos que se persiguen en cada ocasión.

Orientaciones al examinador: En un ambiente favorable para la aplicación, entrega al niño el test y le dice:

"Completa las siguientes oraciones con la primera idea que se te ocurra".

Calificación del Rotter infantil: puede seguir los siguientes parámetros, pero igualmente recordamos que la dirección que alcanza cada ítem depende del completamiento que realice la persona; no obstante, el análisis de estas esferas son útiles:

	Preguntas a considerar
1. Área del hogar.	3, 5, 8, 11, 18
2. Área escolar	12, 13, 14, 15, 16
3. Motivaciones	1, 6, 17, 23
4. Relaciones interpersonales	11, 14, 15, 17
5. Conflictos y fracasos	13, 24
6. Concepto de sí mismo	9
7. Yo ideal	22, 25
8. Estado interior	2, 4, 7, 10, 16, 19, 20, 21

PRUEBA DE COMPLETAR FRASES
(NIVEL PRIMARIO)

Nombre. _____
Edad: _____ Fecha _____ Grado _____

INSTRUCCIONES:
COMPLETE LAS SIGUIENTES ORACIONES CON LA PRIMERA IDEA QUE SE LE OCURRA.

13.7.4. Técnicas narrativas

Las técnicas narrativas son aquellas en las cuales se le pide a una persona que narre algo acerca de un tema que se le sugiere; estas técnicas ya fueron tratadas en un capítulo anterior y su aplicación, como se dijo, abarca las diferentes edades; ellas tienen muchos usos y posibilitan la creación de diferentes temas en dependencia de lo que interesa investigar y la edad del sujeto. Los temas presentados anteriormente son de uso corriente en cualquier edad; siempre es necesario insistir en que el valor de las técnicas narrativas, se restringe, al igual que ocurre en otras técnicas proyectivas, a la obtención de información que carece de validez y fiabilidad normativa, pero resulta muy útil a los fines del trabajo con un sujeto concreto.

La aplicación e interpretación de estos recursos en niños siguen los mismos parámetros ya analizados: la consigna obliga al sujeto a centrar su atención en el modo cómo el individuo se ve así mismo y ve a los demás.

Como señala Loevinger, la aptitud para formar un concepto del yo aumenta con la edad, la inteligencia, educación y nivel socioeconómico que alcanza la persona: el niño pequeño es incapaz de una conceptualización del yo; y a medida que se desarrolla la aptitud en la adolescencia se forma gradualmente un concepto de sí mismo estereotipado, convencional y socialmente aceptable; la modificación de este estereotipo es indicador de posibles dificultades que son causa de la alteración o trastorno que presenta el sujeto estudiado.

Temas para las narraciones:

- El sentido de mi vida.
- Cómo soy.
- Cómo quisiera ser.
- Cómo son las demás personas.
- Cómo los demás me ven.
- Mi futuro debe ser

13.7.5. Test desiderativo

Este tipo de técnicas estudia la personalidad, tomando como punto de partida para ello la expresión de las *fantasías de deseos*; utiliza, como todas las técnicas proyectivas, una forma indirecta para hacerlo, creando un marco ficticio para inducir la proyección de dichas fantasías. La forma indirecta, disfrazada, de acceder a las fantasías de deseos es lo que se

denomina desiderativa; esta técnica permite conocer las *fantasías desiderativas* más expresivas y únicas de la individualidad de la persona.

Las técnicas desiderativas se constituyen en instrumentos valiosos en el trabajo de evaluación de la personalidad en diversos contextos, culturas y diferentes edades. Es una técnica que se cumplimenta de forma rápida, en 10 a 15 minutos; no requiere del desarrollo de destrezas específicas para su contestación, incluso puede ser aplicada a personas con diversas incapacidades, incluyendo la incapacidad auditiva o visual, pues se puede aplicar, tanto en forma verbal, como escrita. Mientras la aplicación de este instrumento es muy sencilla, su calificación e interpretación es compleja y requiere de un bagaje teórico y práctico, como todas las técnicas proyectivas y las no proyectivas, sus resultados se integran al proceso de evaluación, donde la biografía del individuo juega un rol fundamental.

La modalidad más antigua de estas técnicas es la de Los tres deseos de L. Kanner, 1937, que solía complementarse con Las tres roñas. Este tipo de técnicas permite nuevas creaciones, y se cuentan entre las conocidas: el Test del Bestiario de Zazzo, 1950 y los testspara niños y adultos denominados Tests Desiderativos de Pigem y Córdoba, 1946, y el Cuestionario Desiderativo de Bernstein, 1956.

Presentamos en este acápite dos instrumentos desiderativos:

El Cuestionario Desiderativo de Bernstein, 1956, creado en Argentina, consiste en preguntar al sujeto (Consigna):

"Ahora le voy hacer una pregunta: Si usted no pudiera ser persona, ¿qué es lo que más te gustaría ser?"

La consigna desencadena el juego de identificaciones proyectivas como un "como si", es decir, como algo que sucede en la fantasía, y entonces, el sujeto, fantaseará las sucesivas personificaciones sin sentirlas como un riesgo para su identidad.

Es una técnica de estimulación y producción verbal; tiene diferencias y puntos de contacto con otras técnicas proyectivas como:

- En los test gráficos, la consigna es verbal "dibuje una familia" y la producción del sujeto es gráfica.
- El TAT tiene consigna verbal, estimulación visual mediante una lámina y la producción del sujeto es verbal.

En este último la producción del sujeto se apoya sobre una imagen que se le presenta al sujeto. En cambio, en los tests de producción gráfica y los de producción verbal, sin estimulación, como es el caso de los tests desiderativos, el esfuerzo de producción es mayor para el YO. Por lo tanto, la posibilidad del sujeto de organizar una respuesta brinda ma-

yor información que las restantes técnicas acerca de los recursos, conflictos o dificultades que presenta esa persona.

Orientaciones al examinador: Esta técnica requiere haber creado primero un buen rapport, y ubicar su administración a continuación de las técnicas gráficas o después de algún test de mayor complejidad; se registra todo lo que el sujeto dice y el tiempo de reacción en segundos (TR), puede ser aplicada en todas las edades siempre de forma individual; el tiempo de administración es breve, de 10 a 15 minutos.

La pregunta al sujeto (Consigna):

"Ahora le voy hacer una pregunta: Si usted no pudiera ser persona, ¿qué es lo que más te gustaría ser?

La respuesta puede designar un representante del reino animal, vegetal, u objeto.

Una vez registrada la respuesta se procede a preguntarle ¿por qué le gustaría ser….?

Se registra toda la respuesta que el sujeto ofrece. La primera respuesta se registra como 1+. (Esta pregunta se formula tres veces y la respuesta se registra: la segunda 2+ y la tercera 3+)

A continuación, de la primera pregunta, se le reformula la primera consigna: "Si usted no pudiera ser persona, ni (reino elegido) ¿qué es lo que más te gustaría ser?"

Después se reformula la pregunta por tercera vez: "Si usted no pudiera ser persona, ni (los dos reino elegido) ¿qué es lo que más te gustaría ser?"

A continuación se procede a preguntar, tres veces igualmente, acerca de lo que menos le gustaría ser. Se pone un ejemplo para su mejor entendimiento:

Ejemplo:

• "Ahora le voy hacer una pregunta: Si usted no pudiera ser persona, ¿qué es lo que más te gustaría ser?

T. R. 5" 1+ Liebre

- ¿Por qué le gustaría ser liebre?
- Porque es rápida
- Si no pudiera ser ni persona, ni animal ¿qué es lo que más te gustaría ser?

T. R: 10" 2+ Mango

- ¿Por qué te gustaría ser mango?
- Porque me gusta el color, olor y sabor que tiene.
- Si no pudiera ser ni persona, ni animal, ni vegetal ¿qué es lo que más te gustaría ser?

T. R. 3" 3+ Piano
- ¿Por qué te gustaría ser piano?
- Porque es el sonido del instrumento musical que más me gusta.

• "Ahora te voy hacer otra pregunta: Si no pudieras ser persona, ¿qué es lo que menos te gustaría ser?
- T. R. 3" 1- Cactus
- ¿Por qué no te gustaría ser cactus?
- Porque pincha
- Si no pudieras ser persona, ni vegetal ¿qué es lo que menos te gustaría ser?
- T. R. 5" 2- Pantera
- ¿Por qué no te gustaría ser pantera?
- Porque hace mucho daño
- Si no pudieras ser persona, ni vegetal, ni animal ¿qué es lo que menos te gustaría ser?
- T. R. 5" 3- Piedra
- ¿Por qué no te gustaría ser piedra?
- Porque es aburrida

En niños pequeños se puede crear una situación de juego, con el fin de ajustar la consigna al mundo mágico y animista de los menores, para obtener mayor información y no enfrentar al niño con el problema de dejar de ser persona; según Van Krevelen y otros autores (aceptado por el autor de la presente prueba), puede implicar el problema de la muerte al dejar de ser persona. Una propuesta de consigna para niños pequeños es:

"Supongamos que estás durmiendo y que sueñas con un hada muy, muy buena. El hada te pregunta si quieres que ella haga algo mágico para ti y te transforme en algo muy lindo que a ti te gusta, pero en algo que no sea una persona. Puedes pedirle que te transforme en cualquier cosa. ¿Qué le pedirías al hada?"

(Aparece la palabra persona subrayada en la consigna, señalando que la misma puede sustituirse en función del sexo del menor en niña, niño, nena, etc.)

La interpretación del protocolo recogido mediante esta prueba, igual que en todas las técnicas proyectivas, es compleja como se dijo anteriormente y requiere de formación teórica y práctica que será objeto de estudio más adelante.

Presentamos a continuación otro de los instrumentos desiderativos utilizado en nuestro medio: Yo deseo y él desea.

Como ha sido dicho este tipo de técnica puede asumir diversas formas de acuerdo a los intereses del investigador, la que presentamos es una de ellas.

Orientaciones al examinador: Esta prueba se administra en todas las edades, el tiempo de contestación es breve, puede realizarse de forma individual o colectiva, en niños pequeños se aplica de forma individual, y su interpretación igualmente requiere de formación profesional.

Con adolescentes o adultos se explican las instrucciones de ambas partes de la prueba. En un ambiente adecuado se introduce este test mediante la consigna:

"A continuación usted deberá escribir cinco deseos que se correspondan con sus aspiraciones en la vida"

Y seguidamente, más abajo, terminada esta primera parte, usted encuentra una nueva tarea que le indica cómo proceder. (Se da lectura a esta nueva instrucción)

"Ahora va a crear en su mente un personaje imaginario y escriba los deseos de esa persona. Debe escribir la edad, sexo y ocupación de esa persona imaginaria"

(Si se trabaja con un menor, creada una situación adecuada a su edad, se inicia la primera parte de la prueba y, finalizada la misma, se pasa a orientar la segunda parte).

Técnica Desiderativa
Yo deseo, él desea

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Nivel escolar: _____

A continuación, usted deberá escribir cinco deseos que se correspondan con sus aspiraciones en la vida:

Bibliografía

Anastasi, A.: Test psicológicos. Ediciones Revolucionarias. La Habana, 1970.

Ajuriaguerra, J.: Manual de Psiquiatría Infantil, Barcelona: Toray-Masson, 1977.

Bauermeister, J.J. O. Colón, B. Villamil, Ch.D. Spielberger: Confiabilidad y validez del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para niños puertorriqueños y panameños, Revista Interamericana de Psicología, 20(182):118.

Bauermeister, J.J., M. Huergo, C. García, y R.F. Otero: El Inventario de Autoevaluación sobre Exámenes (IDASE) y su aplicabilidad a estudiantes de escuelas secundarias. Spanish Journal of Behavioral Sciences, 10(1):237.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G."Cognitive Therapy of Depression". New York: Guilford Press, 1979.

Bell. J. Técnicas proyectivas. Paidós, Buenos Aires, 1964.

Burt MR (1998): ¿Por qué debemos invertir en adolescentes? OPS, Washington

Calzada, R., Altamirano, N., Ruíz, M. "La adolescencia". Act. Pediatr. Méx., 22 (4)/ 2001:288-91

Cañizares, M., Rodríguez, L. y Grau, J. (1984). Estudio de los mecanismos compensatorios de la personalidad en diferentes formas de ansiedad. Reporte de investigación. Santa Clara, Cuba: Facultad de Psicología de la Universidad Central.

Castellanos, B., Grau, J. y Martín, M. (1986). Caracterización de la ansiedad personal en pacientes neuróticos y con trastornos situacionales transitorios. Reporte de investigación. La Habana: Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana.

Castillo, R. y Lorenzo, A. (1993). Caracterización integral de la disfunción temporo-mandibular en adolescentes: la influencia del tratamiento ortodóncico y de la ansiedad. Tesis de Especialista en Estomatología. Santa Clara, Cuba: Facultad de Ciencias Médicas de Villa Clara.

Casullo, M. M.; Castro, A. "Evaluación del Bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos". Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 2000.

Cattell, R.B. (1966). Patterns of change: measurements in relation to state-dimension, trait change, lability, and process concepts. En R.B. Cattell (Ed.): Handbook of multivariate experimental psychology. Chicago: Rand MacNally.

Celener de Nijamkin G., Guinzbourg de Braude M. El Cuestionario Desiderativo.

Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (1997): Investigación sobre

Consuegra; R. J. "Problemas médicos de los adolescentes". Editorial Científico Técnica. Biblioteca Clínica del Adolescente. C. de la Habana, 1988.

Cuesta, L., Bonet, M., Lorenzo, A. y Salazar, S. (1997). Identificación de las figuras de apego en la infancia. Estudio de la empatía y sus dimensiones: prueba piloto. Tesis de Maestría en Educación Sexual. La Habana: Centro Nacional de Cuba para la Educación Sexual.

Derogatis, L. R. (1977): "SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R". Administration, Scoring, and Procedures Manual, 1977.

Derogatis, L. R.; Cleary, P. A. "Confirmation of the dimensional structure of the SLC-90: a study of construct validation". Journal of Clinical Psychology, 33/ 1997: 981-989.

Desarrollo Humano en Cuba., La Habana: Caguayo

Díaz-Guerrero, R. y Spielberger, Ch.D. (1975). IDAREN: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. México: El Manual Moderno (Primera parte).

Ellis, A. "Reason and emotion in psychotherapy". New York: Stuart, 1962.

Exner J.E. Sistema comprensivo del Rorschach. Madrid: Pablo del Río Editor S.A.;1978.

Freud, S. (1936/1971). Obras escogidas. La Habana: Ciencia y Técnica.

Frydenberg R y Lewis E(1991): Adolescent coping: The difference ways that the boys and girls cope. Journal of Adolescence, 14,119-133.

Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996b). A replication study of the structure of the Adolescent Coping Scale: Multiple forms and applications of a self-report inventory in a counselling and research context. European Journal of Psychological Assessment, 12(3), 224-235.

Frydenberg, E. y Lewis, R. (1994). Coping with different concerns: Consistency and variation in coping strategies used by adolescents. Australian Psychologist, 29(1), 45-48.

Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996a). Manual: ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes. Adaptado por J. Pereña y N. Seisdedos. Madrid. TEA (Orig. 1993).

García A. Bienestar, afrontamiento y síntomas psicopatológicos en adolescentes de 15 a 18 años. Tesis para la obtención del grado de Especialista en Psicología de la Salud. Facultad Calixto garcía, ISCMH, 2001.

García Morey A. Selección de lecturas de la evaluación y diagnóstico infantil. Departamento de Textos y Materiales Didácticos del Ministerio de Educación Superior. Ciudad de la Habana, 1983.

González, R.; Montoya, I.; Bernabeu, J. "Relación entre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes". Dpto de Personalidad. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, 2000.

Grau, J. (1982). Aspectos psicológicos de la ansiedad patológica. Tesis Doctoral en Ciencias Psicológicas. Moscú: Universidad Estatal de Moscú (en ruso).

Grau, J. y Martín, M. (1989). Estrés y ansiedad personal (Mimeograma). La Habana: Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Hermanos Ameijeiras".

Grau, J., Martín, M. y Portero, D. (1991). El sistema CUBANSIOPAT para el diagnóstico de las formas patológicas y no patológicas de ansiedad. Memorias del XXIII Congreso Interamericano de Psicología. San José, Costa Rica, julio de 1991.

Grau, J., Martín, M. y Portero, D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. Revista Interamericana de Psicología, 27(1): 37-58.

Grau, J., Martín, M. y Portero, D. (1990). Las contraindicaciones internas de la personalidad como mecanismos psicológicos motrices del desarrollo del estrés y la ansiedad. Memorias del Tercer Encuentro Latinoamericano de Psicoanálisis y Psicología Marxista. Universidad de La Habana, Facultad de Psicología.

Grau, J., Martín, M., Portero, D. "Las contradicciones internas de la personalidad como mecanismos motrices del desarrollo de los estados patológicos y no patológicos de ansiedad". Trabajo presentado en el V Encuentro de Psicoanálisis y Psicología Marxista. C. de la Habana, 1991.

Grau, J. y Portero, D. (1984). Perspectivas del estudio del Cuadro Interno de las Enfermedades. Revista Cubana de Psicología, 1(3): 362.

Guimarais, E., Grau, J. y Martín, M. (1992). Las contradicciones internas de la personalidad como mecanismos motrices de los estados patológicos y no patológicos

de ansiedad. Reporte de investigación. Santa Clara, Cuba: Facultad de Psicología de la Universidad Central.

Hammer E. Test Proyectivos gráficos. Barcelona: Paidós;1979.

Janin, Y. (1978). La investigación de la ansiedad en el deporte. Cuestiones de Psicología, 6: 35-43 (en ruso).

Jensen, PS.; Koretz, D.; Locke, BZ.; Schneider, S. et al. "Child and Adolescent Psychopathology Research: Problems and Prospects for the 1990´s". Child and Adolescent Disorders Research -Branch, National Institute of Mental Health. Rockville, Maryland 20857. Journal Abnorm-Child-Psychol. Oct, 21 (5)/ 1993: 551-80.

Kotliarenco MA. y Fontecilla M. (2001): Estado del arte en resiliencia. CEANIM, Fundación W. -K. Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo y OMS.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. "Estress, Appraisal and Coping". Edit. Springer. New York, 1984.

Levitov, N.D. (1989). Estados psíquicos de inquietud y ansiedad. Cuestiones de Psicología, 1: 38-45 (en ruso).

Llanes, M., Lorenzo, A. y Vizcaíno, M.A. (1994). Resultados de la aplicación del IDAREN en su versión cubana en adolescentes de zonas rurales. Reporte de investigación. La Habana: Hospital de Tarará.

Lorenzo, A. (1996a). Funcionamiento familiar en el niño asmático severo: diagnóstico e intervención. Resúmenes de la Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. La Habana: Psicosalud'96.

Lorenzo, A. (1996b). La evaluación de la ansiedad rasgo-estado en niños asmáticos severos en correlación con su madre y educadora. Resúmenes de la Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. La Habana: Psicosalud'96.

Lorenzo, A. (2000). Las bases psicológicas de los programas internacionales de rehabilitación para damnificados por incidentes críticos de gran envergadura. Tesis Doctoral en Psicología. Jarkov: Universidad Nacional del Ministerio del Interior de Ucrania (en ruso).

Lugar Editorial, S. A. Argentina, 2001

Martín, M. La investigación en Cuba desde la perspectiva de la Psicología de la Salud. En Casullo MM (Ed.) Bienestar psicológico en adolescentes iberoamericanos, Buenos Aires: Paidós, 2001.

Martínez, C. "Trastornos emocionales". En: Manual de Prácticas clínicas para la atención integral a la Salud del Adolescente. MINSAP. C. de la Habana, 1999.

Mayor, G. y Lorenzo, A. (1994). Resultados de la aplicación del IDAREN en su versión cubana en una muestra de adolescentes. Reporte de investigación. La Habana: Hospital de Tarará.

Meler, I. "Psicopatología femenina: el interjuego teórico entre psicoanálisis y estudios de género". Rev. Cub. Psicología, 14 (1)/ 1997:101-103.

Minuchin S, Fishman H. Técnicas de Terapia Familiar. Barcelona: Paidós;1988.

Morales, M.N. y Lorenzo, A. (1993). Estudio de la autovaloración y de la ansiedad en un grupo de adolescentes asmáticos. Reporte de investigación. La Habana: Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.

Natalicio, L.F. y Natalicio, N. (1971). Elaboración de la edición en español del Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado. Interamerican Journal of Psychology, 2(5).

OPS/Kellog. (2001): Manual de comunicación social para programas de promoción de salud de los adolescentes. Programa de Salud Familiar y población. División de Promoción y protección de la salud.

Pelechano, V., Matud, P. y De Miguel, A. (1994). Estrés, Personalidad y Salud. Valencia: Editorial Alfaplus

Pérez V., J. (1968). Trastornos psíquicos en el niño y el adolescente. La Habana: Pueblo y Educación.

Pérez Villar J. Etapas del desarrollo y trastornos emocionales en el niño. La Habana; Ed. Pueblo y Educación. 1982.

Piaget J., Wallom H. Los estadios en la psicología del niño. Edición Revolucionaria. La Habana, 1966

Portuondo J.A. Test proyectivo de Karen Machover. Madrid: Biblioteca Nueva; 1979

Ramírez, V., Grau, J., Martín, M. y Grau, R. (1989). Construcción de un inventario para evaluar la depresión como rasgo y como estado. Reporte de investigación. Santa Clara, Cuba: Facultad de Psicología de la Universidad Central.

Reikowsky, Y. (1979). Psicología experimental de las emociones. Moscú: Progreso (en ruso).

Reyes, A.C. y Lorenzo, A. (1996). Estudio de los factores psicosociales en un grupo de pacientes diabéticos en un área de salud. Resúmenes de la Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. La Habana: Psicosalud'96.

Robaina G y Raymond T. (2001): Preoucpaciones del adolescente desde su propia óptica. Rev.Cub.Med.Gen.Int. 17 (1), 50-5.

Rodulfo R. Dibujos fuera del papel. Barcelona: Paidós;1999.

Romero, E., Molina, M., González, L., Rodríguez, L. "Juventud y valores en los umbrales del siglo XXI". En: Cuba: Jóvenes en los 90. Centro de estudios sobre la Juventud. Casa Editora Abril. La Habana, 1999

Ryff CD (1989): Happiness is everything or is it?Exploration of the meaning of psychological wellbeing. J. of Person. and Soc.Psychol. 57:1069-1081

Spielberger, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. En: C.D. Spielberger (Ed.): Anxiety and behavior. NewYork: Academic Press: 122.

Spielberger, C.D. (1985). Assessment of state an trait. Anxiety conceptual and methodological issues. The Sorit Hern Psychologist, 2: 616.

Spielberger, C.D., Edwards, C.D. y Lushene, R.E. (1990). Manual del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC). Madrid: TEA.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAIC). Madrid: TEA.

Valdez Marín R. El desarrollo psicográfico del niño. Editorial Científico-Técnica. La Habana. 1979.

Vasiliuk, E.F. (1981). Psicología de las vivencias. Moscú: Universidad Estatal de Moscú (en ruso).

Vizcaíno, M.A. y Lorenzo, A. (1994). La ansiedad rasgo/estado en niños y adolescentes con trastornos emocionales. Memorias del I Simposio Internacional "Salud Mental Infanto-Juvenil". La Habana: Hospital Docente Pediátrico "William Soler".

Vizcaíno, M.A., Lorenzo, A. y García, W. (1996). Evaluación de la ansiedad rasgo/estado en niños y adolescentes con dolor abdominal recurrente. Memorias del I Simposio Internacional "Salud Mental Infanto-Juvenil". La Habana: Hospital Docente Pediátrico "William Soler".

Zazzo R. Manual para el examen psicológico del niño. Ciencia y Técnica. La Habana, 1970.