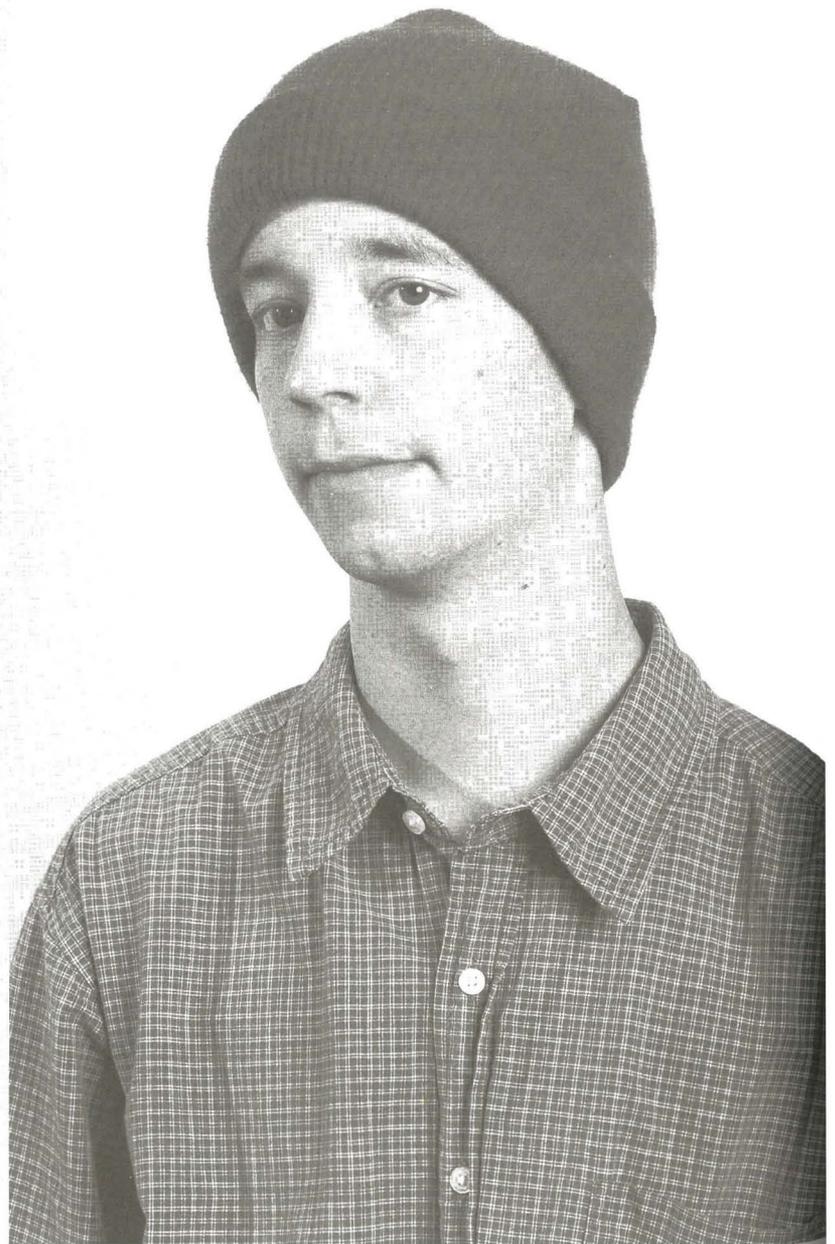


Evaluación

Reporte de caso: Ben Robsham	75
¿Qué es una evaluación psicológica?	76
Entrevista clínica	76
Entrevista no estructurada	76
Entrevistas estructuradas y semiestructuradas	77
Examen del estado mental	80
Apariencia y comportamiento	80
Orientación	81
Contenido del pensamiento	81
Estilo de pensamiento y lenguaje	84
Afecto y estado de ánimo	84
Experiencias de percepción	84
Sentido del yo	85
Motivación	85
Funcionamiento cognitivo	85
Discernimiento y juicio	85
Pruebas psicológicas	86
¿Qué hace buena a una prueba psicológica?	86
Pruebas de inteligencia	88
Pruebas de personalidad y diagnósticas	91
Evaluación conductual	96
Autorreporte conductual	96
Observación conductual	98
Evaluación ambiental	98
Historias reales: Frederick Frese: Psicosis	99
Evaluación fisiológica	101
Evaluación psicofisiológica	101
Técnicas para obtención de imágenes cerebrales	102
Evaluación neuropsicológica	104
Armar todo	105
Regreso al caso	105
Resumen	107
Conceptos clave	108
Recurso en Internet	108



Las tardes de los miércoles me brindaban oportunidades interesantes fuera de la institución psiquiátrica donde trabajaba la mayor parte de la semana. Mi medio día de consulta en un centro de consejo psicológico de una universidad cercana me ofrecía una perspectiva diferente sobre el trabajo clínico. No sólo supervisaba a los estudiantes de posgrado, sino que también enseñaba un seminario de pruebas psicológicas, para el cual me apoyaba en el material de evaluación que reunía de los clientes evaluados en el centro de consejo psicológico.

Fue un miércoles en la tarde, a principios de octubre, cuando Ben Robsham, un estudiante de 21 años de edad de segundo año, pasó a la clínica a la hora de mi estancia. Mi horario estaba completamente lleno para esa tarde, pero el estudiante que esperaba para supervisión a las 2:00 estaba retrasado. Marie Furcolo, la recepcionista de la clínica, entró a mi oficina y me preguntó si podía dedicar unos minutos a Ben Robsham, un joven que estaba en la sala de espera. Marie me explicó que se sentía mal por Ben, porque ésta era la tercera vez que acudía a la clínica durante las horas de consulta y siempre lo habían despedido debido a que el psicólogo en turno se encontraba ocupado en la atención de crisis clínicas y no había podido recibirlo para responderle algunas preguntas acerca de las pruebas psicológicas. A pesar de mi apretado horario, sentí que era importante atender a Ben, ya que en el fondo de mi mente pensé que esta simple petición podría encubrir un problema serio.

El caso de las pruebas de Ben difería de las evaluaciones que yo acostumbraba realizar y presentar en mis clases. La mayoría de los clientes evaluados eran individuos para los cuales se tenían preguntas de diagnóstico o para planear el tratamiento. No podía pensar en el caso de una persona que viniera a la clínica a pedir que le aplicaran pruebas porque estaba interesado en saber cómo eran las pruebas psicológicas.

Cuando me acerqué a Ben en la sala de espera para presentarme, me sorprendió la primera impresión que tuve de él. Se encontraba sentado en una esquina distante de la habitación,

mirando atentamente el piso; parecía que murmuraba algo, pero no estaba segura si hablaba consigo mismo o si tarareaba una canción. Su vestimenta era la típica informal utilizada por los estudiantes universitarios: pantalones de mezclilla y camisa a cuadros, pero había algunos aspectos de su apariencia que parecían extraños. Aun cuando la tarde estaba relativamente calurosa, Ben utilizaba un gorro de lana tejida sobre su pelo y sus orejas. En sus manos tenía guantes de cuero negro lustroso, del tipo que los atletas utilizan en deportes como el golf o el balonmano. Al presentarme, tendí mi mano y Ben la tomó con firmeza sin quitarse el guante. Me miró directo a los ojos y con un tono de miedo en su voz dijo: "Por favor, ¿podemos ir a su consultorio y salir de este lugar público?". Aunque el tono de su petición sonó enfático e intenso, actuó como los demás clientes que acuden al centro de consejo psicológico, cohibido y preocupado porque algún conocido lo pueda ver buscando ayuda profesional.

Conforme caminamos por el pasillo, se hizo evidente que Ben no estaba interesado en charlar, sino que estaba ansioso por ir al grano de inmediato. A pesar de tener sólo unos momentos de haberlo conocido, pude hacerme la impresión bastante clara de que Ben tenía algo más en mente que simple curiosidad sobre la naturaleza de las pruebas psicológicas. De inmediato llegué a la conclusión de que estaba interactuando con un muchacho que experimentaba inestabilidad emocional y que se sentía necesitado y atemorizado.

Tan pronto como se instaló en mi consultorio, fue directo al grano. Por uno de sus amigos se enteró que en el centro se aplicaban pruebas psicológicas y sentía curiosidad respecto a su aplicación. Comentó que incluso podría conocer algunas "cosas interesantes" sobre sí mismo. Aun cuando muchas personas se sienten intrigadas por las pruebas psicológicas había algo extraño en la forma en que Ben hablaba de este tema. Me preguntó si la policía tendría acceso a los resultados de las pruebas. Cuando le pregunté la razón de dicha preocupación, me dijo que algunos oficiales de policía lo habían estado siguiendo

durante varios meses, desde el día en que había chocado contra una patrulla policiaca mientras montaba su bicicleta. Al parecer, un oficial de policía había sido muy severo con él ese día y le había gritado mientras yacía en el suelo con una conmoción menor. No lo citaron en el tribunal ni sufrió daño permanente alguno, pero empezó a sentirse muy preocupado de que hubiese repercusiones legales. Después de escuchar esta historia y las preocupaciones de Ben, le aseguré que los resultados serían confidenciales. Al mismo tiempo me sentí un poco alarmada porque estuviera tan perturbado por dichos asuntos. Mi preocupación aumentó después de preguntarle por qué usaba un gorro y guantes deportivos. Al principio Ben dudó, renuente a compartir la razón de este extraño atavío, pero después me explicó con cautela. Casi como en broma dijo: "Es buena idea cubrir algunas de mis características de identificación, sólo por si acaso..." Cuando le pregunté "¿si acaso qué?", él respondió, "sé que le parece extraño, pero por si alguien está tratando de identificarlo a uno por algo que ellos creen que uno hizo, como un crimen o algo". Continué sondeando por qué Ben consideraba posible que fuese visto como un criminal, pero se rió y dijo que "sólo estaba bromeando".

En este momento de la entrevista, se hizo evidente que este muchacho tenía algo más en mente, no sólo eran algunas preguntas acerca de las pruebas psicológicas. Más bien, era muy probable que estuviese sufriendo un trastorno psicológico y utilizara el pretexto de las pruebas psicológicas como una ruta para acceder a la ayuda profesional. Con amabilidad le planteé esta posibilidad a Ben, a la cual respondió con molestia "¿qué no pueden ustedes los loqueros tomar las cosas como son, sin darle todo tipo de significados extraños?". En lugar de sentirme ofendida por lo que dijo Ben, decidí dejarlo de lado y resolver su petición de las pruebas psicológicas. De cualquier manera, ésta era la ruta que Ben había elegido para buscar ayuda, y sentí que yo podría marcar alguna diferencia en su vida.

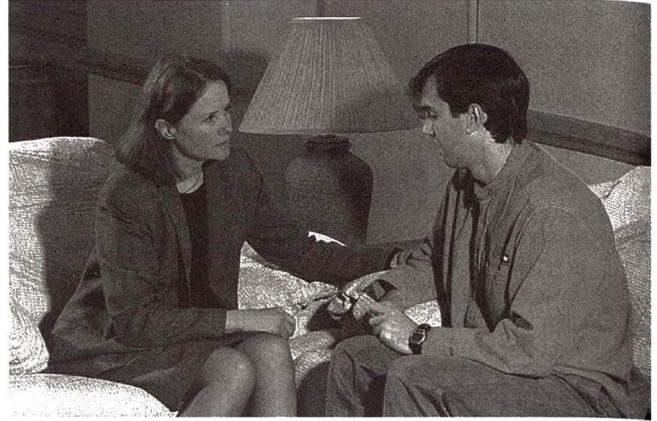
Doctora Sarah Tobin

Mientras leía el reporte de caso que abre este capítulo sobre la petición de Ben para la aplicación de pruebas psicológicas, es probable que le hayan surgido ciertas interrogantes. Quizá se preguntó si la policía podría en realidad estar siguiéndolo. Tal vez pensó que Ben parecía paranoide. Quizá cruzó por su mente que Ben en realidad buscaba ayuda profesional. Si usted fuera la doctora Tobin, ¿cómo le haría para hallar las respuestas a estas preguntas? Primero, desearía hablar con Ben y averiguar más sobre sus preocupaciones. Sin embargo, es posible que hallara que hablar con él en realidad no respondería sus preguntas. Podría sonar muy convincente y presentarle “hechos” para documentar sus preocupaciones respecto a la policía. Al final de su entrevista, aún no sabría si sus preocupaciones eran legítimas. Desearía recopilar más datos que incluirían un estudio cuidadoso de la forma en que Ben piensa, se comporta y organiza su mundo. También desearía saber sobre su personalidad y estabilidad emocional. La forma más eficiente de reunir esta información es llevar a cabo lo que se denomina evaluación psicológica.

¿Qué es una evaluación psicológica?

Cuando conoce a alguien por primera vez, por lo general “lo mide”. Puede tratar de imaginarse qué tan listo, agradable o maduro es. En ciertas circunstancias, puede tratar de resolver otros enigmas, como si un vendedor de automóviles en realidad tiene en mente sus mejores intereses o está tratando de sacar ventaja de su candidez. Quizá está tratando de decidir si acepta la invitación de un compañero de clases para tener una cita. Es probable que base su decisión en su valoración de los motivos y personalidad de esa persona. O considere qué haría si un profesor sugiere que los integrantes de la clase formen parejas para estudiar. Se enfrenta con la tarea de juzgar la inteligencia de los otros estudiantes para encontrar el mejor compañero de estudios. Todos estos escenarios implican **evaluación**, un procedimiento en el que un profesional de la salud mental evalúa a una persona en función de los factores psicológicos, físicos y sociales que tienen la mayor influencia en el funcionamiento del individuo.

Los clínicos abordan las tareas de la evaluación con metas particulares en mente. Estas metas pueden incluir establecer un diagnóstico para alguien con un trastorno psicológico, determinar la capacidad intelectual de una persona, predecir la idoneidad de una persona para un empleo particular y evaluar si alguien es mentalmente competente para ser enjuiciado. Dependiendo de las preguntas que van a ser contestadas en la evaluación, el psicólogo clínico selecciona las herramientas más apropiadas. Por ejemplo, un psicólogo al que un profesor le pidió que evaluara la capacidad matemática de un alumno de tercer grado usaría una clase de técnica de evaluación muy diferente que si le pidieran evaluar el ajuste emocional de un niño.



Un psicólogo usa la entrevista clínica para recopilar información y establecer *rapport* con un cliente.

Las clases de técnicas usadas en la evaluación varían en su foco y grado de estructura. Hay herramientas de evaluación que se enfocan en la estructura y funcionamiento cerebral, otras que evalúan la personalidad, y otras más que están orientadas hacia el funcionamiento intelectual. Estas herramientas varían desde aquellas que son muy estructuradas y siguen instrucciones y procedimientos definidos con cuidado hasta aquellas que permiten flexibilidad de parte del examinador.

Entrevista clínica

La entrevista clínica es la herramienta de evaluación más usada por lo común para lograr la comprensión de un cliente y la naturaleza de sus problemas actuales, historia y aspiraciones futuras. Una entrevista de evaluación consiste en una serie de preguntas administradas en una interacción frente a frente. El psicólogo clínico puede construir las preguntas conforme se desarrolla la entrevista o puede seguir un conjunto de preguntas estándares diseñadas antes de hacerla. También varían los métodos para registrarla. Puede ser grabada en audio o video, anotarse mientras se realiza o reconstruirse a partir de la memoria del psicólogo clínico después de hacerla. En escenarios clínicos, se usan dos clases de entrevistas: la no estructurada y la estructurada.

Entrevista no estructurada

La **entrevista no estructurada** consiste en una serie de preguntas abiertas dirigidas a determinar las razones del cliente para estar en tratamiento, síntomas, estado de salud, antecedentes familiares e historia de vida. La entrevista se llama no estructurada porque el entrevistador ajusta el contenido exacto y orden de las preguntas en lugar de seguir un guión preestablecido. El entrevistador formula preguntas durante

la entrevista con base en las respuestas verbales del cliente a las preguntas previas. Otra información que el psicólogo clínico usa para construir las preguntas incluye comportamientos no verbales, como contacto visual, postura corporal, tono de voz, titubeos y otros indicios emocionales.

La forma en que el psicólogo aborda la entrevista depende, en parte, de qué clase de información busca. Si desea hacer un diagnóstico, por ejemplo, las preguntas de entrevista se referirían a la naturaleza precisa de los síntomas y comportamientos del cliente, como perturbaciones del estado de ánimo, cambios en las pautas de alimentación o de sueño, o niveles de ansiedad. Sin embargo, como vimos en el capítulo 2, algunas personas buscan ayuda psicológica profesional por problemas que no son trastornos psicológicos diagnosticables. Por ejemplo, cuando se entrevista a una mujer que está insatisfecha con su empleo y su matrimonio deteriorado, el psicólogo puede sentir que es inapropiado enfocarse por completo en el diagnóstico. En cambio, el clínico trabaja hacia el desarrollo de una perspicacia de los factores que causan la angustia actual de esta mujer.

Una parte importante de la entrevista no estructurada es registrar la historia, en la que el psicólogo le pide al cliente que proporcione información familiar y una cronología de eventos de la vida pasada. El objetivo principal de registrar la historia es obtener una comprensión clara de la vida y familia del cliente. La historia deberá proporcionar al profesional suficiente información para escribir un resumen de los momentos decisivos en la vida del cliente y las formas en que sus síntomas o preocupaciones actuales entran en esta secuencia de eventos. En algunos casos pueden trazarse vínculos claros entre el problema actual y un evento anterior, como un trauma infantil. Sin embargo, la mayor parte del tiempo los determinantes de los problemas actuales no pueden identificarse con esta precisión, entonces el psicólogo intenta sacar inferencias sobre los posibles factores para los problemas actuales. Por ejemplo, un hombre le dijo a un consejero escolar que buscaba ayuda para superar su ansiedad intensa en situaciones que implicaban hablar en público. El consejero buscó primero conexiones entre el problema del estudiante y eventos específicos relacionados con este problema, como una experiencia desastrosa en el bachillerato. Al no hallar una conexión clara, el consejero preguntó sobre posibles relaciones entre el problema actual del estudiante y una pauta más general de inseguridad a lo largo de la infancia y la adolescencia.

En la mayor parte de los casos, registrar la historia abarca la historia personal y la historia familiar del cliente. La historia personal incluye eventos y relaciones importantes en su vida. El psicólogo pregunta sobre experiencias en esferas como el desempeño escolar, las relaciones con los semejantes, empleo y salud. La **historia familiar** abarca eventos importantes en la vida de los parientes del cliente, incluyendo aquellos más cercanos y a los miembros de la familia con un parentesco más distante. Las preguntas hechas sobre la

historia familiar pueden ser importantes en particular cuando se intenta determinar si un cliente puede haber heredado una diátesis para un trastorno con fuertes componentes genéticos. Por ejemplo, el hecho de que un cliente tenga parientes que descienden de varias generaciones con depresión grave sería un fragmento de información útil para que el psicólogo evalúe sus síntomas de depresión.

Regresemos al caso de Ben, para que pueda darse una idea de lo que podría tener lugar en una entrevista no estructurada. Lea el extracto de la entrevista de la doctora Tobin que se centra en la historia de Ben (tabla 3.1). Tome nota de la forma en que sus preguntas surgen de manera natural de las respuestas de Ben y cómo parece haber un flujo natural en el diálogo. Imagínese entrevistando a alguien como Ben, y trate de pensar en algunas de las preguntas que podría desear hacer en su esfuerzo por entender las necesidades y preocupaciones de él. ¿Qué características de esta entrevista sobresalen? Es probable que note que Ben parece bastante temeroso y evasivo mientras habla sobre algunos temas, en particular sus experiencias actuales. Está preocupado en particular por la cuestión de la privacidad, más de lo que se esperaría, dada la naturaleza confidencial del contexto profesional. Al mismo tiempo, está preocupado en forma indebida por la posibilidad de que pudiera sonar tan perturbado que podría considerarse la hospitalización, pero tiene creencias y percepciones muy inusuales que podrían llevarlo a preguntarse si él está, de hecho, fuera de contacto con la realidad. Mientras describe algunas de sus relaciones, incluso la que tiene con su padre, puede notar algo de pensamiento al parecer paranoide. Todas estas cuestiones son de interés considerable para la doctora Tobin en su esfuerzo por entender la naturaleza de los problemas de Ben.

Entrevistas estructuradas y semiestructuradas

La **entrevista estructurada** consiste en una serie estandarizada de preguntas, con una redacción y orden predeterminados. Las preguntas están escritas de manera formal y la secuencia del cuestionamiento está prescrita, lo que implica por tanto menos dependencia en la experiencia clínica y juicio del entrevistador. La **entrevista semiestructurada** consiste en una serie estandarizada de preguntas en las que el entrevistador tiene la discreción de hacer preguntas de seguimiento que aclararán las respuestas de las personas. El propósito de una entrevista semiestructurada es obtener respuestas que después puedan ser calificadas de acuerdo con criterios predeterminados. En la práctica clínica, la delineación entre entrevistas estructuradas y semiestructuradas puede no siempre ser precisa, debido al hecho de que los psicólogos pueden adaptar estos instrumentos en algunas situaciones. La evaluación de las entrevistas estructuradas y semiestructuradas se basa en criterios objetivos pre-

TABLA 3.1 Extractos del registro de la historia de Ben

<p>DRA. TOBIN: ¿Me puedes decir qué te trae por aquí hoy?</p> <p>BEN: Me gustaría participar en algunas de las pruebas psicológicas de las que he oído hablar.</p> <p>DRA. TOBIN: Explícame a qué te refieres.</p> <p>BEN: Bueno, mi profesor de psicología dijo que estas pruebas pueden ayudar a decir si uno está loco o no.</p> <p>DRA. TOBIN: ¿Eso te preocupa?</p> <p>BEN: He tenido algunas experiencias bastante extrañas últimamente y, cuando las platico a otras personas, me dicen que estoy loco.</p> <p>DRA. TOBIN: Cuéntame acerca de estas experiencias.</p> <p>BEN: Bueno algunas veces... [pausa]... no sé si deba decirle esto, pero... [pausa]... sé que tan pronto como lo escuche querrá encerrarme... pero, como sea, aquí va. Durante los últimos meses la policía me ha estado siguiendo. Todo empezó un día mientras caminaba en una manifestación de estudiantes en el campus, donde hubo gente arrestada. Yo permanecí lejos de la acción, porque no quería involucrarme, usted sabe, pero yo sé que los policías me estaban observando. Unos días después de la manifestación, vi soldados nazis en mi patio tomando fotografías de mi casa y mirando a través de las ventanas. Usted sabe, esto suena muy loco, yo mismo no estoy seguro de creerlo. Todo lo que sé es que me aterra; entonces, por favor, ¿puede aplicar las pruebas para ver si estoy perdiendo la razón o no?</p> <p>DRA. TOBIN: Podemos hablar sobre eso un poco más tarde, pero ahora me gustaría escuchar más acerca de las experiencias que estás teniendo.</p> <p>BEN: Yo realmente preferiría ya no hablar sobre ello. Me dan mucho miedo.</p> <p>DRA. TOBIN: Puedo entender que te sientas atemorizado, pero me ayudaría a entender más lo que estás pasando.</p> <p>BEN: [pausa]... Bueno, está bien, pero, ¿está segura que nadie más escuchará esto?...</p> <p>[Más adelante durante la entrevista, la doctora Tobin preguntó acerca de la historia de Ben.]</p> <p>DRA. TOBIN: Me gustaría escuchar algo acerca de las experiencias de tu vida temprana, como tus relaciones con tu familia y tus experiencias escolares. Primero, cuéntame algo sobre tu familia en la época de tu crecimiento.</p> <p>BEN: Bueno... somos mi hermana Doreen y yo. Ella es dos años mayor que yo y nunca nos hemos llevado muy bien. Mi madre...</p>	<p>bueno... Doreen dice que mi madre me trató mejor que a ella. Tal vez sea verdad, pero no porque yo deseara que así fuera.</p> <p>DRA. TOBIN: Cuéntame más de tu relación con tu madre.</p> <p>BEN: Yo odiaba la forma en que ella... mi madre... estaba siempre sobre mí. No me permitía hacer un movimiento sin que ella lo supiera. Siempre le preocupó que me enfermara o lastimara. Si estaba jugando afuera, en el patio, salía varias veces y me decía que tuviera cuidado. Yo me enojaba mucho. Incluso mi padre se enojaba porque me trataba como un bebé todo el tiempo.</p> <p>DRA. TOBIN: ¿Y cómo era tu relación con tu padre?</p> <p>BEN: No puedo decir que he tenido mucha relación con él; nadie en la familia la tuvo. Siempre llegaba tarde a casa, después de que nos habíamos ido a la cama. Tal vez estaba tratando de evitarnos o algo. No lo sé, quizá estaba trabajando en contra de la familia de alguna forma.</p> <p>DRA. TOBIN: ¿Qué quieres decir con "trabajando en contra de la familia"?</p> <p>BEN: No quiero hablar de eso.</p> <p>[Más tarde en la entrevista.]</p> <p>DRA. TOBIN: Me gustaría saber sobre las cosas que te interesaban cuando eras niño.</p> <p>BEN: ¿Se refiere a pasatiempos, amigos, cosas así?</p> <p>DRA. TOBIN: Sí.</p> <p>BEN: Yo era un solitario. Así me llamaba siempre Doreen; me decía que era "un perdedor y un solitario". Yo odiaba esos nombres, pero ella tenía razón. Pasaba la mayor parte del tiempo en mi habitación, con los audifonos puestos, escuchando rock. Era agradable; me imaginaba que era una estrella de rock y me perdía en estos pensamientos alocados sobre ser importante, famoso y todo. Me gustaba quedarme en casa; ir a la escuela era desagradable.</p> <p>DRA. TOBIN: Hablemos de tus experiencias en la escuela.</p> <p>BEN: Los maestros me odiaban. Les gustaba avergonzarme... siempre quejándose de que no los veía a los ojos. ¿Por qué debía hacerlo? Si cometía el más mínimo error, lo convertían en un caso federal. Una ocasión... estábamos estudiando las capitales de los estados, y la maestra, la señora Edison, me pidió que nombrara la capital de Tennessee; yo no supe cuál era la capital y dije "no sé nada acerca del capitalismo". Ella se puso furiosa y me dijo "graciosillo".</p>
---	---

determinados y, en consecuencia, difiere de las entrevistas no estructuradas, las cuales difieren en forma considerable de un entrevistador a otro.

Las entrevistas estructuradas y semiestructuradas están diseñadas para ayudar a los investigadores y psicólogos a alcanzar una gran precisión al diagnosticar clientes. Mientras algunas entrevistas cubren una gama de trastornos posibles, otras tienen un foco estrecho, con la meta de determinar si el entrevistado tiene un trastorno determinado, como esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de ansiedad.

Un ejemplo de una entrevista estructurada usada por lo común es el programa de entrevista para trastornos de ansiedad para el *DSM-IV* (ADIS-IV, por sus siglas en inglés) [Dinardo, Brown y Barlow, 1994]. Ejemplos de entrevistas semiestructuradas (a pesar de la palabra "estructurada" en el nombre del instrumento) son la entrevista clínica estructurada para trastornos del Eje I del *DSM-IV-TR* (SCID-I, por sus siglas en inglés) [First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997] y la entrevista clínica estructurada para trastornos de personalidad del *DSM-IV* (SCID-II, por sus siglas en inglés) [First, Gibbon, Spitzer y Williams, 1997]. Hay variaciones de la

SCID para su uso en investigación, al igual que en contextos clínicos, y para su administración a pacientes y no pacientes. Las partes principales de la SCID se han traducido al español, francés, alemán, danés, italiano, hebreo, zulú, turco, portugués y griego.

Los investigadores y psicólogos que trabajan dentro de la U.S. Alcohol, Drug, and Mental Health Administration (ADAMHA) y la Organización Mundial de la Salud (1997) han desarrollado instrumentos de evaluación que pueden usarse en forma transcultural. La entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI, por sus siglas en inglés), la cual ha sido traducida a muchos idiomas, es un instrumento estandarizado exhaustivo para la evaluación de trastornos mentales que facilita la investigación epidemiológica psiquiátrica en todo el mundo. La tabla 3.2 contiene algunos reactivos de muestra de este instrumento. En años recientes han tenido lugar nuevas aplicaciones y desarrollos de la CIDI, conforme los expertos han continuado sus esfuerzos

por recopilar evaluaciones transculturales de trastornos psicológicos (Kessler *et al.*, 2004; Kessler y Ustun, 2004).

El examen internacional de trastornos de la personalidad (IPDE, por sus siglas en inglés), otro instrumento transcultural, fue elaborado por Armand Loranger y sus colegas (Loranger *et al.*, 1994) para evaluar los trastornos de la personalidad que se enumeran en el *DSM-IV* y en la *Clasificación internacional de las enfermedades*. Los autores han demostrado que este instrumento es notablemente preciso para evaluar trastornos de la personalidad (Lenzenweger, Loranger, Korfine y Neff, 1997), y estable con el transcurso del tiempo (Lenzenweger, 1999). Estos hallazgos son impresionantes en especial a la luz del hecho de que se basa en un autorreporte. Los investigadores desarrollaron esta escala usando la estructura de un instrumento anterior que había sido diseñado para su uso en Estados Unidos. La versión internacional proporcionó una oportunidad valiosa para la evaluación estandarizada de los trastornos de personalidad en diferentes culturas

TABLA 3.2 Reactivos de muestra de la CIDI

Estas preguntas son de la sección de la CIDI sobre síntomas relacionados con fobias a los animales. Ilustran tanto el alcance como la profundidad de los reactivos en esta entrevista diagnóstica estructurada. Otras preguntas similares en esta entrevista corresponden a otros trastornos del Eje I del *DSM-IV*, incluyendo abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, otros trastornos de ansiedad y trastornos del sueño.

Muestra de preguntas modificadas sobre el trastorno de ansiedad de la CIDI

A. Existen cosas que atemorizan tanto a las personas, que éstas tienden a evitarlas, aun cuando no exista un peligro real. ¿Alguna vez ha experimentado un miedo intenso, poco común, o ha necesitado evitar cosas como animales, las alturas, las tormentas, estar en espacios cerrados y ver sangre?

Si la respuesta es afirmativa:

1. ¿Alguna vez ha experimentado un miedo intenso, poco común, a cualquiera de los siguientes seres vivos: insectos, serpientes, pájaros u otros animales?
2. ¿Alguna vez ha evitado estar cerca de insectos, serpientes, pájaros u otros animales, aun cuando no existía un peligro real?
3. ¿Acaso el (miedo/evitación) a los insectos, serpientes, pájaros u otros animales alguna vez ha interferido mucho con su vida o actividades?
4. ¿Alguna vez su (miedo/evitación) a los insectos, serpientes, pájaros u otros animales fue excesivo; es decir, mucho más intenso que en otras personas?
5. ¿Alguna vez su (miedo/evitación) a los insectos, serpientes, pájaros u otros animales fue irracional; es decir, mucho más intenso de lo que debía haber sido?

6. ¿Alguna vez se enojó mucho con usted mismo por (tener miedo/evitar) insectos, serpientes, pájaros u otros animales?
7. Cuando ha tenido que estar cerca de insectos, serpientes, pájaros u otros animales, o ha pensado en tener que hacerlo, ¿se ha sentido generalmente molesto?

B. Cuando ha estado cerca de insectos, serpientes, pájaros u otros animales, o ha pensado en tener que hacerlo... (las siguientes preguntas se plantean hasta que dos sean respondidas negativamente).

1. ¿Su corazón latió con violencia o se aceleró?
2. ¿Tuvo sudoración?
3. ¿Tuvo temblores?
4. ¿Se le secó la boca?
5. ¿Tuvo dificultad para respirar?
6. ¿Sintió que se estaba ahogando?
7. ¿Tuvo dolor o molestias en su pecho?
8. ¿Tuvo náusea o molestias en su estómago?
9. ¿Se sintió mareado o débil?
10. ¿Sintió que usted o cosas que lo rodeaban eran irreales?
11. ¿Tuvo miedo de perder el control de sí mismo, de actuar de forma extraña o de desmayarse?
12. ¿Temió que podía morir?
13. ¿Sintió bochornos o escalofríos?
14. ¿Sintió entumecimiento u hormigueo?

C. ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que (tuvo miedo/evitó) a los insectos, serpientes, pájaros u otros animales?

D. Entre la primera y la última vez, ¿estuvo este (miedo intenso/evitación) a los insectos, serpientes, pájaros u otros animales, generalmente presente cuando permaneció cerca de ellos o cuando tenía que acercarse a ellos?

y países, y se ha publicado en muchos idiomas, incluyendo alemán, hindi, japonés, noruego, swahili, italiano, español, ruso y estonio. Los desarrolladores de la prueba estaban preocupados por la consistencia en la administración de este instrumento, pero encontraron que era importante reconocer que tenían que hacerse alejamiento del texto literal para mantener la comunicación con sujetos analfabetas y aquellos que hablan un dialecto regional o tribal.

Debido a que la intención del IPDE es evaluar trastornos de personalidad, el foco del instrumento está en los comportamientos y características de los sujetos que han sido perdurables, definidos por los autores como habiendo estado presentes al menos por un periodo de cinco años. El entrevistador comienza por dar al sujeto las siguientes instrucciones: “Las preguntas que le voy a hacer se refieren a lo que le gusta la mayor parte del tiempo. Estoy interesado en lo que ha sido típico en usted a lo largo de su vida, y no sólo recientemente.” El entrevistador pasa entonces a seis esferas de investigación: trabajo, yo, relación interpersonal, afectos, prueba de la realidad y control de los impulsos.

Los instrumentos como el IPDE presentan desafíos debido a que dependen del autorreporte de quien responde. A veces las personas no se percatan de características personales que son consideradas objetables, o pueden ser reacias a admitir aspectos personales negativos. Para contrarrestar este problema, los psicólogos pueden usar fuentes de datos adicionales, como información de parientes, otros profesionales de la salud mental y expedientes clínicos.

Aunque las entrevistas estructuradas y semiestructuradas son muy importantes en contextos de investigación, algunos expertos cuestionan su utilidad en la situación clínica típica. Algunos autores sostienen que, en algunas circunstancias, los diagnósticos basados en sesiones de terapia serán más precisos que los diagnósticos basados en instrumentos formalizados, debido a que los psicólogos tienen la oportunidad para observar al cliente e interactuar con él a lo largo del tiempo (Garb, 2005).

Examen del estado mental

Los psicólogos usan el término estado mental (o estado presente) para referirse a lo que el cliente piensa y cómo piensa, habla y actúa. Más adelante, cuando se expongan trastornos psicológicos particulares, se hará referencia con frecuencia a síntomas que reflejan perturbaciones en el estado mental. Un clínico usa el **examen del estado mental** para evaluar el comportamiento y funcionamiento de un cliente, con atención particular a los síntomas asociados con la perturbación psicológica (Trzepacz y Baker, 1993).

El término *examen* implica que éste es un instrumento formal, pero en realidad es una evaluación informal en la que el psicólogo evalúa a un cliente. Sin embargo, hay unos cuantos exámenes del estado mental especializados que se



Un psicólogo realiza un examen del estado mental.

enfocan en el diagnóstico de trastornos específicos. El miniexamen del estado mental (Folstein, Folstein y McHugh, 1975) es un ejemplo de un instrumento del estado mental estructurado que ha mostrado tener éxito en la evaluación psicológica de individuos con enfermedad de Alzheimer y otros síndromes cerebrales que son difíciles de identificar por medio de otros métodos de evaluación (Folstein y Folstein, 2000).

Al conducir un examen del estado mental, el psicólogo toma nota del comportamiento, orientación, contenido del pensamiento, estilo de pensamiento y lenguaje, afecto y estado de ánimo, experiencias perceptivas, sentido del yo, motivación, inteligencia y perspicacia del cliente. El reporte de un examen del estado mental incorpora tanto las respuestas del cliente a preguntas específicas como las observaciones objetivas del psicólogo acerca de cómo luce, se comporta y habla el cliente.

Apariencia y comportamiento

¿Qué nota cuando conoce a alguien por primera vez? Con toda probabilidad, atiende a la forma en que la persona le responde, si hay algunas extravagancias en su comportamiento e incluso cómo está vestido el individuo. Del mismo modo, al recopilar datos sobre el panorama total del individuo, el clínico toma nota de la apariencia, nivel de conciencia, peculiaridades, atuendo, arreglo, nivel de actividad y estilo de interacción del cliente. Analice uno de los casos de la doctora Tobin, un hombre de 20 años de edad a quien evaluó en la sala de urgencias. La doctora Tobin estaba asombrada por el hecho de que Pierre parecía al menos 10 años mayor, que estaba vestido con ropas raídas y andrajosas, y que tenía una herida costrosa en su frente. En su

informe, también hizo notar el hecho de que Pierre mantenía una postura rígida, rehusaba sacar las manos de los bolsillos de su chaqueta y nunca hizo contacto visual con ella. En respuesta a las preguntas de la doctora Tobin, Pierre masculló algunos comentarios ininteligibles entre dientes. Éstos son comportamientos extraños en nuestra cultura que podrían ser piezas de información importantes mientras la doctora Tobin desarrolla una comprensión más exhaustiva de Pierre. Algunos de estos comportamientos se encuentran en personas con ciertas formas de psicosis.

Aunque cada fragmento de información puede tener significado diagnóstico, los movimientos del cuerpo de una persona y el nivel de actividad son notables en especial. El término *comportamiento motor* se refiere a las formas en que un cliente se mueve. Aun los clientes que no están dispuestos o no pueden hablar pueden comunicar una gran cantidad de información importante a través de sus movimientos corporales. Por ejemplo, un hombre puede estar tan agitado que no puede dejar de pasearse, mientras otro hombre está tan abatido que se mueve de una manera aletargada y desganada. La **hiperactividad** implica una actividad física con un vigor anormal, caracterizada por movimientos y habla rápidos. En ocasiones la hiperactividad es evidenciada por la **agitación psicomotora**, en la que el individuo parece estar intranquilo y agitado. En contraste, el **retardo psicomotor** implica movimientos anormalmente lentos y letargo.

Quizá el individuo muestre algunas excentricidades de comportamiento que no son extrañas en particular pero que no obstante son notables, y es posible que sean importantes desde el punto de vista diagnóstico. Éstas incluyen peculiaridades inusuales, como gestos dramáticos o un tic facial en que el individuo parpadea con rapidez cuando habla.

Las anormalidades de los movimientos corporales pueden adoptar formas extremas, como una postura rígida o inmovilización. La **catatonía** se refiere a perturbaciones motoras extremas en un trastorno psicótico no atribuibles a causas fisiológicas. En algunos casos de catatonía el individuo parece estar en coma, con los miembros rígidos e inmóviles. En otros casos, la persona catatónica puede ser flexible en extremo y sensible a ser “moldeada” en posición por alguien más. Piense en el caso de Alice, quien se sienta inmóvil todo el día en un estado catatónico. Aun si alguien se parara frente a ella y gritara o tratara de asustarla, ella no respondería. Hay otras formas de catatonía, en las que el individuo presenta comportamiento excitado, por lo general repetitivo, como sacudir los brazos en forma repetida. Más adelante en este libro, leerá sobre ciertos trastornos que se caracterizan por varias formas de catatonía.

Otra perturbación del comportamiento es una **compulsión**, un comportamiento repetitivo y aparentemente decidido que se ejecuta en respuesta a impulsos incontrolables o de acuerdo con un conjunto de reglas ritualistas o estereotipadas. Las compulsiones, las cuales implican comportamientos indeseados, pueden apoderarse de la vida del individuo, cau-

sando una angustia considerable. Una compulsión puede ser una acción repetitiva simple, como aplaudir con las manos antes de hablar, o puede ser una serie compleja de comportamientos ritualizados. Por ejemplo, antes de abrir cualquier puerta, una mujer siente que debe rascarse la frente y luego limpiar la perilla con su pañuelo cinco veces antes de girar la perilla. Hay muchos tipos de comportamiento compulsivo, y aprenderá más sobre ellos en los capítulos en los que se exponen ciertos trastornos de ansiedad y de personalidad.

Orientación

Las personas con algunas clases de trastornos están desorientadas y fuera de contacto con hechos básicos sobre sí mismos y sus alrededores. La **orientación** es la conciencia del tiempo, lugar e identidad. Las perturbaciones en la orientación se usan para diagnosticar trastornos asociados con algunas formas de daño y enfermedad cerebral, como amnesia y demencia. También pueden ser signos de trastornos psíquicos, como la esquizofrenia.

Contenido del pensamiento

El **contenido del pensamiento**, o ideas que llenan la mente de un cliente, es tremendamente significativo en el proceso de evaluación. El psicólogo debe buscar con cuidado información sobre los diversos tipos de contenido de pensamiento perturbado que pueden estar asociados con muchos trastornos psicológicos. Algo de esta investigación tiene lugar en el flujo de la conversación clínica con el cliente, pero, en algunas partes del examen del estado mental, el psicólogo puede hacer preguntas señaladas, en especial cuando hay alguna sugerencia de perturbación grave del pensamiento. El terapeuta puede hacer una pregunta como “¿tiene pensamientos que no puede sacar de su cabeza?”. O puede dar seguimiento a algo que parece extraño o idiosincrásico acerca de lo que el cliente ha reportado, como cuando dice haber tenido ocupaciones anteriores que no es posible que tengan una base en la realidad. Un hombre que ha pasado su vida adulta en un hospital estatal pero cree que es un actor de películas famoso puede responder preguntas sobre su ocupación que son consistentes con su creencia, y en el proceso puede revelar su perturbación particular del contenido del pensamiento. Los psicólogos ponen atención a estas clases de pistas para desarrollar una mejor comprensión de la naturaleza del trastorno del cliente.

Son de particular interés para el psicólogo las perturbaciones del contenido del pensamiento conocidas como obsesiones. Una **obsesión** es un pensamiento, palabra, frase o imagen indeseados que vienen a la mente de una persona en forma persistente y repetida y que causan angustia. Ninguna cantidad de esfuerzo puede borrar esta obsesión del pensamiento del individuo.

La mayoría de las personas ha experimentado algún pensamiento obsesivo transitorio, como después del rompimiento con un novio o incluso una discusión acalorada en la que el diálogo de la discusión se entromete de manera recurrente en la conciencia. Una forma común de obsesión implica una duda torturadora sobre un acto o una decisión, por lo general de naturaleza trivial, como si uno pagó demasiado por un artículo de 20 dólares. A diferencia de estas ocurrencias ordinarias, las obsesiones significativas desde el punto de vista clínico son perdurables y pueden atormentar a una persona por años.

Otra obsesión común es una preocupación irracional de un individuo de que ha hecho o está a punto de hacer algo malo o peligroso, como envenenar de manera inadvertida a otros. Las obsesiones y compulsiones con frecuencia van de la mano, como en el caso de un hombre que estaba preocupado en forma obsesiva de que podía tener lugar un accidente automovilístico fuera de su departamento. En consecuencia, caminaba hasta la ventana cada 10 minutos para asegurarse de que el farol no se hubiera fundido. Temía que un farol

fundido incrementaría la probabilidad de que los autos chocaran en la oscuridad.

Las obsesiones de seguro son irracionales, pero están aún más alejados de la realidad los **delirios**, los cuales son creencias falsas arraigadas en forma profunda que no son consistentes con la inteligencia o antecedentes culturales del cliente (la tabla 3.3 da algunos ejemplos de delirios). A pesar de los mejores esfuerzos de otros por convencer a un individuo de que estas creencias son irracionales, las personas que tienen delirios son muy resistentes a perspectivas más realistas. Al determinar la presencia de pensamiento delirante, el profesional necesita percatarse de la inteligencia y antecedentes culturales de la persona. Por ejemplo, una mujer muy religiosa puede creer en milagros, los cuales las personas que no están familiarizadas con su religión podrían considerar delirantes.

A veces una persona tiene ideas muy inusuales que no son tan extremas como para ser consideradas delirantes. Las **ideas sobrevaloradas** son pensamientos que tienen una cualidad extraña y absurda pero que por lo general no

TABLA 3.3 Ejemplos de delirios

Todos estos delirios implican una forma de *creencia falsa*, es decir, son inconsistentes con la realidad externa y no tienen validez para cualquiera excepto para la persona que cree en ellos.

<i>Tipo de delirio</i>	<i>Descripción</i>
<i>De grandeza</i>	Concepción extremadamente exagerada de la propia importancia del individuo. Dichos delirios van desde creencias de que la persona tiene un papel importante en la sociedad hasta la creencia de que la persona es en realidad Cristo, Napoleón o Hitler.
<i>De ser controlado</i>	La sensación de que se está siendo controlado por otros o incluso por máquinas o aparatos. Por ejemplo, un hombre puede creer que sus acciones están siendo controladas por la radio, la cual lo está "obligando" a realizar ciertas acciones en contra de su voluntad.
<i>De referencia</i>	La creencia de que la conducta de otros o ciertos objetos o eventos aluden personalmente a uno mismo. Por ejemplo, una mujer que cree que una telenovela está contando realmente la historia de su vida; o un hombre que considera que los artículos en venta de un mercado local de comida están dirigidos a sus propias deficiencias dietéticas particulares.
<i>De persecución</i>	La creencia de que otra persona o personas están tratando de hacer daño al individuo o a su familia o grupo social. Por ejemplo, una mujer que cree que un grupo organizado de individuos políticamente liberales intenta destruir la organización política de derecha a la que ella pertenece.
<i>De culpa</i>	Sentimientos de remordimiento sin justificación. Un hombre se considera responsable de una hambruna en África, debido a ciertos actos crueles y pecaminosos que cree haber cometido.
<i>Somático</i>	Preocupaciones inadecuadas sobre el propio cuerpo, por lo general relacionadas con una enfermedad. Por ejemplo, sin justificación alguna, una mujer cree que padece cáncer cerebral. O más extraño aún, cree que las hormigas han invadido su cabeza para comerse su cerebro.
<i>De infidelidad</i>	Creencia falsa asociada por lo general con celotipia patológica, que involucra la idea de que la pareja es infiel. Un hombre que estalla en furia violenta contra su esposa, e insiste en que ella tiene un romance con el cartero, debido a su insistencia en la llegada diaria del correo.
<i>Transmisión del pensamiento</i>	La idea de que los propios pensamientos están siendo transmitidos a otros. Un hombre que cree que las demás personas en la habitación pueden escuchar lo que piensa, o quizá que sus pensamientos están siendo en realidad transmitidos por el aire a la televisión o la radio.
<i>Inserción del pensamiento</i>	La creencia de que algunas fuerzas externas están insertando pensamientos en la propia mente. Por ejemplo, una mujer concluye que sus pensamientos no son propios, sino que están siendo colocados allí para controlarla o molestarla.

son estrafalarias ni están arraigadas en forma profunda. Por ejemplo, un hombre cree que una tarjeta de crédito que termina en un número non causará mala suerte. Cada vez que presenta una solicitud para una tarjeta de crédito nueva, le explica al emisor que se rehusará a aceptar la tarjeta a menos que el último dígito sea un número par. En el **pensamiento mágico**, también hay un contenido peculiar e ilógico en el pensamiento del individuo, pero en este caso hay una conexión en la mente del individuo entre dos objetos o eventos que otras personas verían como carentes de relación. Por ejemplo, una mujer cree que cada vez que lleva su ropa a la lavandería ocurre un desastre natural en alguna

parte del mundo al día siguiente. Aunque la presencia de ideas sobrevaloradas o pensamiento mágico no proporciona evidencia de que una persona tenga un trastorno psicótico, los psicólogos toman nota de estos síntomas, porque pueden ser señales de que un cliente se está deteriorando desde el punto de vista psicológico.

La ideación violenta es otra área de evaluación importante. Los psicólogos evalúan la posibilidad de pensamientos violentos, ya sea en forma de pensamiento suicida o en ideas sobre dañar, y quizá matar, a alguien más. Como se verá más adelante en este libro, cuando se exponga la evaluación del suicidio en el capítulo 9, los psicólogos por

TABLA 3.4 Ejemplos de trastornos del pensamiento

Tipos de trastorno del pensamiento	Descripción
Incoherencia	Discurso incomprensible. Por ejemplo, un cliente al que se le pregunta cómo se siente responde: "El árbol del arroyo no está ahí, va más allá."
Vaguedad de asociaciones	Flujo de pensamientos vago, desenfocado e ilógico. En respuesta a la pregunta sobre cómo se siente, un hombre responde: "Me siento muy bien hoy, aunque no creo que haya suficiente bien en el mundo. Pienso que debería suscribirme a <i>National Geographic</i> ."
Pensamiento ilógico	Pensamiento caracterizado por contradicciones y conclusiones erróneas. Por ejemplo, una clienta a quien le gusta la leche piensa que debe ser en parte gata, porque sabe que a los gatos les gusta la leche.
Neologismos	Palabras inventadas por la persona o distorsiones de palabras existentes a las que la persona otorga nuevos significados personalizados. Por ejemplo, una mujer expresa preocupación por sus fantasías homicidas al decir: "No puedo soportar estos <i>pistolosos</i> pensamientos sobre la <i>asesinabilidad</i> ."
Bloqueo	La experiencia en la que una persona aparentemente pierde un pensamiento en medio de un discurso, lo que conduce a un periodo de silencio, que va desde segundos hasta minutos.
Circunstancialidad	Discurso indirecto y demorado en alcanzar el punto debido a detalles irrelevantes y tediosos. En respuesta a una pregunta simple sobre la clase de trabajo que realiza, un hombre responde con una descripción prolíja de sus 20 años de historia laboral.
Tangencialidad	Salirse por completo del tema y nunca regresar al punto en una conversación. Por ejemplo, cuando se le pregunta desde hace cuánto ha estado deprimida, una mujer comienza a hablar sobre su estado de ánimo infeliz y termina hablando sobre lo inadecuado de la atención en Estados Unidos para personas que están deprimidas.
Sonoridad	Habla en la que el sonido, en lugar del significado de las palabras, determina el contenido del discurso del individuo. Cuando se le pregunta por qué se despertó tan temprano, un hombre responde: "La alarma del despertador, el calor del radiador y el pozo que era el mejor."
Confabulación	Inventación de hechos o eventos para llenar los vacíos en la memoria de uno. Éstas no son mentiras conscientes sino intentos para que el individuo responda a preguntas con respuestas que parecen aproximadas a la verdad. Por ejemplo, aunque un cliente no esté seguro por completo de si desayunó esa mañana, da una descripción de un desayuno típico en su casa en lugar de un reporte confiable sobre qué comió precisamente esa mañana.
Ecolalia	Repetición persistente o eco de palabras o frases, como si la persona pretendiera burlarse o ser sarcástico. Cuando a una mujer le pregunta su compañera de dormitorio: "¿Qué hora es?", ella responde: "Hora es, hora es, hora es."
Fuga de ideas	Discurso de ritmo rápido que, aunque por lo general es inteligible, está marcado por la aceleración, cambios abruptos de tema y juegos de palabras. Un hombre habla con rapidez: "Tengo que ir a trabajar. Tengo que llegar ahí de inmediato. Tengo que ganar algo de dinero. Me iré a la quiebra."
Presión del discurso	Discurso tan rápido e impulsivo que parece como si el individuo fuera forzado en su fuero interno a pronunciar un flujo de monólogo interminable. La fuga de ideas por lo general implica presión del discurso.
Perseverancia	Repetición de la misma idea, palabra o sonido. Una mujer dice: "Tengo que vestirme. Tengo que vestirme. Mis ropas, mis ropas, tengo que vestirme."

lo general son bastante directos cuando interrogan sobre las intenciones de lesionarse a sí mismo, en particular con clientes deprimidos.

Estilo de pensamiento y lenguaje

Además de escuchar lo que la gente piensa, el psicólogo también pone atención a la evidencia del **estilo de pensamiento y lenguaje** que indique cómo piensa una persona. Esto incluye información sobre el uso de vocabulario y estructura de enunciados del cliente. Por ejemplo, cuando conversa con un hombre que es psicótico, puede tener dificultad para captar sus palabras o significado. Su lenguaje puede ser ilógico e inconexo. Al escucharlo durante un examen del estado mental, un psicólogo clínico sospecharía que tiene un trastorno del pensamiento, una perturbación en el pensamiento o en el uso del lenguaje. Se muestran ejemplos de trastornos del pensamiento en la tabla 3.4.

Afecto y estado de ánimo

El **afecto** es la expresión externa de la emoción de un individuo. Un estado de sentimiento se vuelve un afecto cuando otros pueden observarlo. Los psicólogos atienden a varios componentes del afecto, incluyendo pertinencia, intensidad, movilidad y rango.

Al evaluar el afecto, el psicólogo toma nota del **afecto inapropiado**, el grado en que la expresividad emocional de una persona falla en corresponder al contenido de lo que se está exponiendo. Por ejemplo, el afecto se consideraría inapropiado si una mujer se riera cuando se le pregunta cómo se siente respecto a una muerte reciente en su familia.

La **intensidad del afecto**, o fuerza de la expresión emocional, proporciona indicios clínicos importantes que el psicólogo usa para formar un diagnóstico. Para describir la intensidad afectiva anormalmente baja, el terapeuta emplea términos como *afecto embotado* (expresividad mínima) y *afecto plano* (falta completa de expresión). En contraste, cuando el afecto del individuo parece anormalmente intenso, el psicólogo usa términos como *afecto exagerado*, *aumentado* y *excesivamente dramático*.

El afecto también se describe en términos del **rango del afecto**, o el grado y variedad de la expresión emocional. La mayoría de las personas tienen un rango amplio de afecto y son capaces de comunicar tristeza, felicidad, ira, agitación o calma según lo requiera la situación o discusión. Las personas con afecto restringido muestran muy pocas variaciones en su reactividad emocional. Éste sería el caso de una mujer que se mantiene llorosa y triste en su expresividad emocional, sin importar lo que ocurra o se discuta.

En contraste con el afecto, el cual es un comportamiento que se expresa en forma externa, el **estado de ánimo** se refiere a la experiencia de la emoción por parte de la persona, la forma en que la persona siente “adentro”.



El afecto es inferido por las expresiones faciales de una persona. ¿Qué le dice la expresión facial de este hombre sobre su estado emocional?

Algunos ejemplos de emociones son depresión, euforia, ira y ansiedad. Un clínico está interesado en particular en evaluar el estado de ánimo de un cliente, debido a que la forma en que el cliente siente de manera característica tiene una gran significación para el diagnóstico y tratamiento. Un **estado de ánimo normal** o **eutímico** no es ni feliz ni triste en forma indebida pero muestra variaciones día con día dentro de un rango relativamente limitado y apropiado. El **estado de ánimo disfórico** implica sentimientos desagradables, como tristeza e irritabilidad. El **estado de ánimo eufórico** es más alegre y eufórico que el promedio, posiblemente incluso de éxtasis. Aunque su estado de ánimo podría estar elevado después de tener éxito en una tarea importante, el estado de ánimo eufórico alude a un sentimiento exagerado de felicidad, euforia y excitación.

Además de caracterizar el estado de ánimo como normal, bajo o alto, hay otros grupos de estado de ánimo, que incluyen ira, aprensión y apatía. Como podría inferir, el estado de ánimo de ira es experimentado como sentimientos de hostilidad, furia, resentimiento e impaciencia. La aprensión connota sentirse ansioso, temeroso, abrumado, con pánico y tenso. Aquellos que son apáticos tienen sentimientos de embotamiento y desánimo y carecen de motivación y preocupación respecto a todo.

Experiencias de percepción

Los individuos con trastornos psicológicos con frecuencia tienen perturbaciones en la percepción. Un psicólogo averiguaría si un cliente tiene estas perturbaciones haciendo preguntas sobre si escucha voces o ve cosas de las cuales otras personas no se dan cuenta. Las **alucinaciones** son percepciones falsas que no corresponden a los estímulos objetivos presentes en el ambiente. A diferencia de las ilusiones, las cuales implican la percepción errónea de un objeto real,

como percibir mal un árbol de noche como si fuera un hombre, las alucinaciones implican la percepción de un objeto o un estímulo que no está ahí. Como puede imaginarse, la experiencia de una alucinación puede ser angustiante, incluso aterradora. Los profesionales examinan con cuidado la experiencia de alucinaciones de un cliente, pues saben que este síntoma puede ser causado por una gama de condiciones, incluyendo la reacción a un trauma, el efecto de intoxicación o abstinencia de alguna sustancia, o una condición neurológica, como enfermedad de Alzheimer o epilepsia del lóbulo temporal.

Las alucinaciones se definen por el sentido con el que están asociadas. Las **alucinaciones auditivas**, que son las más comunes, implican escuchar sonidos, con frecuencia voces o incluso conversaciones enteras. Con las **alucinaciones de orden**, un individuo escucha una instrucción para emprender una acción. Por ejemplo, un hombre reportó que, mientras comía en la barra de un restaurante, escuchó una voz que lo instruyó a golpear a la persona que estaba sentada junto a él. Otras alucinaciones auditivas comunes implican escuchar voces que hacen comentarios peyorativos, como “eres un estúpido”.

Las **alucinaciones visuales** implican la percepción visual falsa de objetos o personas. Para algunas personas, la alucinación visual puede ser crónica, como la reportada en algunos individuos con enfermedad de Alzheimer. Por ejemplo, una mujer afirmaba que veía a su difunto esposo sentado a la mesa siempre que entraba a la cocina.

Las **alucinaciones olfativas**, las cuales son relativamente poco comunes, pertenecen al sentido del olfato, posiblemente de un olor desagradable, como heces, basura o gases nocivos. Las **alucinaciones somáticas** implican percepciones falsas de sensaciones corporales, siendo las más comunes las experiencias táctiles. Por ejemplo, un hombre reportó la sensación de que reptaban insectos por todo su cuerpo. Las **alucinaciones gustativas** son las que menos se reportan e implican la sensación falsa del gusto, por lo general desagradable.

Es común que las alucinaciones se asocien con los delirios. Por ejemplo, un hombre que tuvo un delirio de persecución también tenía alucinaciones olfativas en las que creía que en forma constante olía gases tóxicos que creía eran introducidos en su habitación por sus enemigos.

Sentido del yo

Varios trastornos psicológicos alteran la identidad personal del individuo o su sentido de quién es. Los psicólogos clínicos evalúan este sentido del yo alterado pidiendo a los clientes que describan cualquier sensación corporal extraña o sensaciones de desconexión de su cuerpo. La **despersonalización** se refiere a una experiencia alterada del yo, como sentir que el cuerpo de uno no está conectado con su mente.

A veces, la persona puede no sentirse “real”. Otras perturbaciones en el sentido del yo se vuelven evidentes cuando el psicólogo descubre que el cliente experimenta **confusión de la identidad**, la cual es una falta de sentido claro de quién es uno. Esta experiencia puede variar desde confusión sobre el propio papel en el mundo hasta un pensamiento delirante real en el que uno cree que está bajo el control de una persona o fuerza externa.

Motivación

El psicólogo evalúa la motivación a través de una amplia gama de áreas pidiendo al cliente que discuta con cuánta intensidad desea un cambio de personalidad duradero o alivio de la angustia emocional. Con algunos trastornos psicológicos, la motivación del cliente está tan deteriorada que incluso las tareas ordinarias de la vida parecen insuperables, mucho menos el proceso de embarcarse en el curso de una terapia que consume tiempo y esfuerzo. Por sorprendente que pueda parecer, algunos individuos parecen preferir permanecer en su estado familiar presente de infelicidad, en lugar de arriesgarse a la incertidumbre de enfrentar una serie de desafíos nuevos y desconocidos.

Funcionamiento cognitivo

En un examen del estado mental, un psicólogo intenta medir el nivel general de inteligencia del cliente según la evidencia en el nivel de información general, atención y concentración, memoria, coordinación física y capacidad para la abstracción y la conceptualización. Por ejemplo, una mujer con un coeficiente intelectual (CI) significativamente arriba del promedio podría usar palabras inusuales o abstractas que dan la impresión de que tiene un trastorno del pensamiento. O la memoria de un hombre puede estar tan deteriorada que el psicólogo plantea la hipótesis de que sufre de una condición neurológica, como enfermedad de Alzheimer. En el examen del estado mental, la tarea del profesional no es llevar a cabo una prueba de CI formal sino, más bien, desarrollar una idea general sobre las ventajas y deficiencias cognitivas del cliente.

Discernimiento y juicio

En un examen del estado mental, el psicólogo clínico también intenta evaluar la capacidad de un cliente para entender la naturaleza de su trastorno. A lo largo de estas líneas, el psicólogo necesita determinar la receptividad de un cliente al tratamiento. Una mujer que no comprende la naturaleza debilitante de sus delirios paranoides de seguro no va a ser muy receptiva a la intervención de un profesional de la salud mental. Incluso puede resistirse a esos intentos debido a que

los considera como prueba de que otros tratan de controlarla o herirla.

El **discernimiento** es la comprensión sobre el propio mundo y conciencia. Por ejemplo, una estudiante universitaria nota que se deprime la mayoría de las tardes de viernes cuando se prepara para regresar a casa para su visita de fin de semana. Al discutir su reacción con su compañera de dormitorio, desarrolla el discernimiento del hecho que resiente que su padre la trate como una niña. En contextos clínicos más serios, el nivel de comprensión del cliente sobre la naturaleza de los problemas y síntomas establecerá el escenario para el tratamiento. Un hombre paranoide, pero incapaz de ver cómo su estilo defensivo con otros crea una distancia interpersonal, es improbable que se disponga a cambiar su comportamiento a fin de volverse más accesible emocionalmente a otros.

El **juicio** es el proceso intelectual en el que un individuo considera y pondera opciones a fin de tomar una decisión. Todos los días, cada uno de nosotros realiza muchos juicios, algunos de los cuales son inconsecuentes y otros que pueden tener efectos duraderos. Es probable que haya encontrado personas que tienen mal juicio y toman decisiones que obviamente son insensatas. Quizá conoce a alguien que en forma repetida se involucra íntimamente con parejas abusivas y parece carecer de la capacidad para hacer una evaluación objetiva de estas personas antes de involucrarse. O puede conocer a alguien que, cuando está intoxicado, dice o hace cosas que son dramáticamente diferentes de su conducta en un estado sobrio. Del mismo modo, las personas que están perturbadas de gravedad carecen de la capacidad para hacer elecciones en su vida que sean constructivas o sensatas. Pueden poner en riesgo su salud física y su seguridad, y en algunos casos es necesario que otros los ayuden a tomar decisiones que son autoprotectoras.

Pruebas psicológicas

Las pruebas psicológicas cubren una amplia gama de técnicas de medición, todas las cuales implican hacer que las personas proporcionen información calificable sobre su funcionamiento psicológico. La información que proporcionan quienes responden las pruebas puede referirse a sus capacidades intelectuales, personalidades, estados emocionales, actitudes y comportamientos que reflejan su estilo de vida o intereses.

Es muy probable que haya tenido alguna forma de prueba psicológica en su vida y que sus puntuaciones en estas pruebas hayan tenido que ver en decisiones tomadas por usted o sobre usted, ya que las pruebas psicológicas se han vuelto cada vez más importantes en la sociedad contemporánea. Debido a esta importancia, los psicólogos han dedicado esfuerzos intensivos para elaborar pruebas que midan con precisión aquello para lo que están diseñadas.

¿Qué hace buena a una prueba psicológica?

Muchas revistas populares y periódicos publican supuestas pruebas psicológicas. Los reactivos en estas pruebas afirman medir características de su personalidad tales como su potencial para amar, lo solitario que está, lo dedicada que es su pareja romántica, si tiene demasiada ira o si se preocupa demasiado. Estas pruebas contienen varios reactivos calificables, acompañados por una escala para decirle lo que indican sus respuestas acerca de su personalidad. Aunque interesantes y provocativas, la mayor parte de las pruebas publicadas en la prensa popular no cumplen los estándares aceptados para una buena prueba psicológica.

Para mostrar las cuestiones implicadas en la elaboración de una buena prueba psicológica, veremos con detalle cada criterio que desempeña una función en el proceso. Estos criterios son cubiertos por el término general **psicometría**, cuyo significado literal —medición de la mente— refleja la meta de hallar las pruebas más adecuadas para las variables psicológicas de interés para el investigador y el psicólogo clínico.

La confiabilidad y la validez son consideradas por lo general las dos características más esenciales para determinar las cualidades psicométricas de una prueba. La **confiabilidad** indica la consistencia de las puntuaciones de una prueba, y la **validez** el grado en que una prueba mide aquello para lo que está diseñada. La tabla 3.5 describe los tipos de confiabilidad y validez.

Una buena prueba psicológica también es aquella que sigue procedimientos estandarizados, o uniformes, tanto para la aplicación de la prueba como para su calificación. Por ejemplo, se supone que un examen de admisión nacional a la universidad se debe aplicar bajo condiciones estandarizadas estrictas. El salón debe estar callado y bien iluminado, los asientos deberán ser cómodos para responder la prueba, los supervisores deberán vigilar a los estudiantes de modo que ninguno tenga ventajas injustas, y se les deben dar las



Muchas revistas contienen pruebas de "personalidad". Esta mujer está completando un cuestionario para medir su autoestima.

TABLA 3.5 Criterios para una buena prueba psicológica

Confiabilidad: la consistencia de las puntuaciones de prueba		
<i>Tipo de confiabilidad</i>	<i>Definición</i>	<i>Ejemplo</i>
Prueba y repetición de la prueba	El grado en que las puntuaciones de prueba (test) obtenidas de las personas en una ocasión están de acuerdo con las puntuaciones de prueba obtenidas por estas mismas personas en otra ocasión, es decir, en la repetición de la prueba (retest)	Una prueba de inteligencia debería producir puntuaciones similares para la misma persona en martes y en jueves, porque la inteligencia es una cualidad que se supone que no cambia en periodos cortos.
Interjueces	El grado en que dos o más personas están de acuerdo en cómo calificar una respuesta de prueba particular	En una escala de cinco puntos de trastorno del pensamiento, dos estimadores darían puntuaciones similares a una respuesta de un paciente psiquiátrico.
Consistencia interna	Qué tan bien se correlacionan los reactivos en una prueba entre sí	En una prueba de ansiedad, las personas responden de manera similar a los reactivos diseñados para evaluar cuán nerviosa se siente una persona.
Validez: qué tan bien mide la prueba aquello para lo que fue diseñada		
<i>Tipo de validez</i>	<i>Definición</i>	<i>Ejemplo</i>
De contenido	Qué tan bien refleja la prueba el cuerpo de información para el que fue diseñada	El examen de psicología de la anormalidad del profesor se refiere al conocimiento de la psicología de la anormalidad, en lugar de a la familiaridad con la música de la década de 1960.
De criterio	El grado en que las puntuaciones de la prueba se relacionan en formas esperadas con otro criterio	(Véanse ejemplos más específicos a continuación.)
Concurrente	Qué tan bien las puntuaciones en una prueba se relacionan con otras medidas aplicadas al mismo tiempo	Una prueba de depresión debería producir puntuaciones altas en personas con diagnósticos conocidos de depresión.
Predictiva	El grado en que las puntuaciones de la prueba se relacionan con el desempeño futuro	Se espera que las personas que reciben puntuaciones altas en exámenes de admisión a la universidad logren promedios de calificación altos en la universidad.
De constructo	El grado en que una prueba mide una cualidad o atributo psicológico derivado en forma teórica	Una prueba de depresión debería correlacionarse con características reconocidas de depresión, como autoestima baja, culpa y sentimientos de tristeza.

Fuente: Kazdin, 1998.

mismas instrucciones a todos. Una prueba psicológica estandarizada pretende seguir las mismas directrices. Es de particular importancia el requisito de que cada persona que responda la prueba reciba las mismas instrucciones. A veces, debido a que las personas con ciertos trastornos psicológicos tienen problemas para enfocarse en los reactivos de prueba o seguir instrucciones, el examinador puede necesitar proporcionar asistencia adicional o aliento para completar la prueba. Sin embargo, el examinador no debe sugerir cómo la persona debería responder las preguntas o prejuiciar el desempeño de quien responde en alguna manera. También es importante que el examinador no extienda los límites de tiempo más allá de los permitidos para la prueba.

La estandarización también se aplica a la forma en que se califican las pruebas. El método de calificación más sencillo implica sumar las respuestas en una prueba de opción múltiple o en una prueba con reactivos que son calificados

en escalas numéricas. Son menos sencillas las pruebas que implican juicios de parte de los estimadores quienes deben decidir cómo calificar las respuestas del individuo. Para que la calificación sea estandarizada, el examinador debe seguir un conjunto de reglas prescritas que equipare una respuesta dada con una calificación particular. El examinador debe estar seguro que no permite que ningún prejuicio interfiera con el procedimiento de calificación. Esto es importante en particular cuando sólo una persona hace la calificación, como ocurre con muchas pruebas establecidas cuya confiabilidad ya ha sido documentada. Cuando se califica una prueba de inteligencia, por ejemplo, puede ser tentador para el examinador tratar de darle al individuo el beneficio de la duda si éste es alguien que parece haber estado tratando duro y desea hacerlo bien. Por el contrario, los examinadores deben ser sensibles a sus prejuicios negativos respecto a ciertos tipos de clientes y no penalizarlos en forma inadvertida al califi-

carlos más bajo de lo que merecen. Para minimizar tales problemas, las personas que aplican y califican pruebas psicológicas estandarizadas reciben una capacitación y supervisión extensas en todos estos procedimientos.

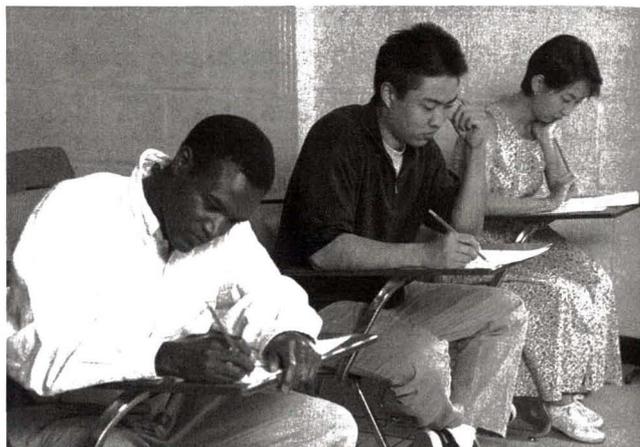
El término *estandarización* también se usa para referirse a la base para evaluar las calificaciones en una prueba particular. El examen de admisión para la universidad, por ejemplo, se ha aplicado a grandes cantidades de estudiantes de último año de bachillerato a lo largo de los años, y hay una distribución de puntuaciones conocida en las partes de esta prueba. Cuando se evalúa el potencial de un estudiante para la universidad, las puntuaciones de éste se comparan con las puntuaciones nacionales para el género del estudiante, y se da un percentil de puntuación. Este percentil indica qué porcentaje de estudiantes calificó por debajo de determinado número. Dicha puntuación se considera una indicación objetiva del potencial universitario del estudiante y es preferible a basar dicha evaluación en el juicio personal de un individuo. Sin embargo, como se verá en la exposición de las pruebas de inteligencia, hay muchas interrogantes sobre la pertinencia de las puntuaciones de percentil cuando la persona que responde la prueba difiere en formas importantes de las personas con las que se estandarizó la prueba.

Además de determinar la confiabilidad y validez de una prueba, es importante tomar en cuenta su aplicabilidad a individuos con una diversidad de antecedentes. Por ejemplo, los instrumentos de evaluación pueden necesitar ser adaptados para usarse con adultos mayores, quienes pueden requerir letra más grande, un tiempo más lento o instrumentos de escritura especiales que puedan ser usados por aquellos que tengan artritis (Edelstein, 2000). Otra preocupación se relaciona con la redacción de los reactivos de la prueba. Las puntuaciones pueden ser distorsionadas por reactivos que reflejen la existencia de condiciones físicas en lugar de un trastorno psicológico. Una persona con una lesión en la médula espinal puede estar de acuerdo con el reactivo "A veces, no puedo sentir partes de mi cuerpo", un reactivo que por lo común contribuiría a una puntuación alta en una medida de pensamiento psicótico o uso de drogas.

Una vez que se han establecido las cualidades psicométricas de un instrumento de medición, la medida se vuelve una de muchos tipos y formas de pruebas que el psicólogo clínico puede incorporar en una evaluación. Los psicólogos eligen entonces instrumentos de medición con base en las metas de evaluación y preferencias teóricas. Examinaremos cada uno de los diversos tipos de dispositivos de evaluación desde el punto de vista de su uso más apropiado en la evaluación, sus suposiciones teóricas y sus cualidades psicométricas.

Pruebas de inteligencia

Los psicólogos han estado interesados desde hace mucho en estudiar la inteligencia debido a su influencia de amplio ran-



Las pruebas estandarizadas a veces son aplicadas en escenarios grupales para selección de personal. Estas personas han solicitado empleo en una empresa pequeña.

go en muchos aspectos del funcionamiento de un individuo. Los psicólogos y otros expertos han hecho muchos intentos por definir la cualidad evasiva de la inteligencia. Aunque el debate continúa, para todos los propósitos prácticos, las pruebas de inteligencia actuales están basadas en el concepto de "g", la propuesta del psicólogo Charles Spearman (Spearman, 1904) de que hay una cualidad amplia (inteligencia "general") que subyace en la capacidad del individuo para "ver relaciones". Se ha planteado la teoría de que la cualidad de "g" refleja en parte la capacidad heredada del individuo y en parte la influencia de la educación y otras experiencias. Las pruebas que evalúan la inteligencia reflejan, en grados variables, el nivel de "g" del individuo.

Las pruebas de inteligencia sirven para varios propósitos. Un propósito importante es ayudar a los educadores a determinar si ciertos estudiantes podrían beneficiarse de oportunidades de aprendizaje de remedio o aprendizaje acelerado. Las pruebas de inteligencia también pueden ser útiles para patrones que desean saber si un prospecto de empleo tiene la capacidad intelectual para llevar a cabo los deberes de un empleo determinado. Para el profesional de la salud mental, las pruebas de inteligencia proporcionan información crucial sobre las capacidades cognitivas de un cliente y la relación entre estas capacidades y la expresión de problemas emocionales. Por ejemplo, una mujer joven excepcionalmente brillante podría hacer asociaciones muy esotéricas pero extrañas en una prueba de personalidad. Saber que esta joven es muy inteligente puede proporcionar al psicólogo una comprensión de que es probable que tales asociaciones no se deban a un trastorno psicológico. De manera alternativa, un hombre cuya inteligencia está significativamente por debajo del promedio podría decir o hacer cosas que dan la apariencia de un trastorno psicótico.

Las pruebas de inteligencia pueden producir información bastante específica sobre las deficiencias o ventajas

cognitivas de una persona, lo cual puede ser útil para un terapeuta que trabaja en un plan de tratamiento. Es probable que los clientes con poca capacidad para el razonamiento abstracto tengan dificultades en la psicoterapia orientada al discernimiento. En cambio, un psicólogo que trata a un cliente con deficiencias cognitivas se enfocaría en problemas cotidianos prácticos.

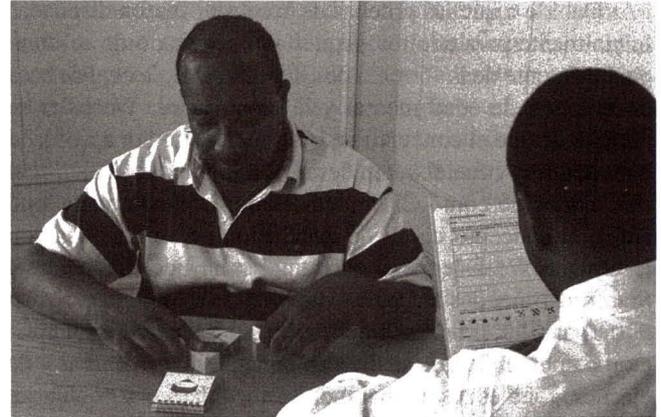
Algunas pruebas de inteligencia están diseñadas para ser aplicadas a grupos de personas relativamente grandes a la vez. Estas pruebas se usan más comúnmente en escenarios que no son clínicos, como la investigación psicológica, escuelas, selección de personal y el ejército. La mayor parte de estas pruebas usa un formato de preguntas de opción múltiple, y las puntuaciones son reportadas como subescalas separadas que evalúan facetas diferentes del funcionamiento intelectual. Las pruebas grupales se usan porque permiten su aplicación masiva y se califican con facilidad, sin que el examinador requiera capacitación especial. Sin embargo, los psicólogos ponen reparos a estas pruebas por su impersonalidad y su insensibilidad a los matices en las respuestas del individuo. Una persona puede dar una respuesta creativa pero errónea a una pregunta que la computadora tan sólo califica como incorrecta, sin tomar en cuenta la originalidad de la respuesta.

Los métodos de prueba individual tienen la ventaja de proporcionar información cualitativa rica sobre el cliente. Las respuestas abiertas a preguntas respecto a vocabulario, las cuales no pueden obtenerse de manera conveniente en las pruebas de grupo, pueden revelar que los pensamientos del cliente siguen una cadena de asociaciones bastante extrañas. Esta clase de información se perdería en una prueba de inteligencia de grupo, la cual no proporciona ninguna oportunidad para escudriñar los procesos de pensamiento y el juicio del cliente.

Fig. 1

Prueba de inteligencia Stanford-Binet La primera prueba de inteligencia fue elaborada en 1905 por Alfred Binet (1857-1911) y Theophile Simon (1873-1961), cuyo trabajo para el gobierno francés implicaba detectar a niños y adultos con retardo mental. En 1916, los psicólogos de la Universidad de Stanford, Lewis Terman y Maude Merrill revisaron la prueba Binet-Simon original, y se le agregaron escalas en un esfuerzo por incrementar la confiabilidad y validez de la prueba. La versión publicada en 1986 se conoce como Stanford-Binet quinta edición (SB5) [Roid, 2003].

Las puntuaciones en las pruebas Stanford-Binet se han expresado por tradición como un **coeficiente intelectual (CI)**. Cuando Lewis Terman propuso originalmente este término en 1916, literalmente se refería a una medida de razón o cociente; a saber, la “edad mental” del individuo (calculada con base en el desempeño en la prueba) comparada con la edad cronológica del individuo. Un CI de 80, en este sistema, significaba que un niño tenía una edad mental de 8 y una edad cronológica de 10, o estaba moderadamente retardado. Un CI de 100 indicaba



El diseño de bloques es una de las subpruebas de la escala Wechsler de inteligencia para adultos III (WAIS-III).

inteligencia promedio; en otras palabras, la edad mental de un niño era igual a su edad cronológica. Este sistema de calificación funcionaba razonablemente bien para niños, pero creó problemas con los adultos, porque 16 es la edad mental más alta que se puede obtener en la Stanford-Binet.

Los desarrolladores de ediciones recientes de la Stanford-Binet se han alejado de este enfoque, y se han movido hacia el enfoque común en otros instrumentos de prueba de la inteligencia, los cuales se basan en el concepto de **CI de desviación**, que se calcula convirtiendo la puntuación real de una persona en la prueba en una puntuación que refleje lo alta o baja que es la calificación, comparada con las puntuaciones de otros de edad y género similares. Por tanto, la SB5 tiene una puntuación estándar de 100 y una desviación estándar de 15.

La SB5, la cual se usa para evaluar la inteligencia en personas de 2 a 85 o más años de edad, produce un CI de escala completa, un CI verbal y un CI no verbal. La SB5 también proporciona una medición más específica de cinco factores, los cuales documentan el proceso de evaluación: razonamiento fluido, conocimiento, razonamiento cuantitativo, razonamiento visoespacial y memoria de trabajo.

Escalas Wechsler de inteligencia Las tres escalas Wechsler de inteligencia publicadas por la Psychological Corporation se usan en forma más amplia que la prueba Stanford-Binet. En 1939, el psicólogo David Wechsler elaboró la escala de inteligencia Wechsler-Bellevue para medir la inteligencia en adultos. El formato de la Wechsler-Bellevue ha persistido hasta el presente, sirviendo como base para las revisiones de la prueba original para adultos y la adición de pruebas para grupos de edad más jóvenes: la *Escala Wechsler de inteligencia para adultos*, tercera edición (WAIS-III) [Wechsler, 1997], la *Escala Wechsler de inteligencia para niños*, cuarta edición (WISC-IV) [Wechsler, 2003] y la *Escala Wechsler de inteligencia para niveles preescolar y primaria*, tercera edición (WPPSI-III) [Wechsler, 2002].

Debido a que las pruebas de Wechsler fueron diseñadas inicialmente para adultos, requerían un método de calificación diferente de la fórmula de CI tradicional, la cual se basa en la razón de edad mental y la cronológica. Wechsler se percató de que el concepto de edad mental no era apropiado para adultos, y fue él quien desarrolló el método de calificación conocido como CI de desviación. Como se mencionó antes, el concepto de CI de desviación no sólo se usa con las escalas Wechsler, sino que también ha sido usado con la Stanford-Binet desde 1960.

Todas las pruebas Wechsler comparten una organización común en la que se dividen en dos escalas: verbal y de ejecución. La escala verbal incluye medidas de vocabulario, conocimiento de hechos, memoria a corto plazo y razonamiento verbal. Las subpruebas de ejecución miden capacidades psicomotoras, razonamiento no verbal y la capacidad para aprender relaciones nuevas. Con base en el CI verbal y el CI de ejecución, se calcula un CI de escala completa como un cociente de inteligencia más exhaustivo. Además de las tres puntuaciones de CI, la WAIS-III proporciona cuatro caracterizaciones de la inteligencia basadas en dominios más refinados de funcionamiento cognitivo: comprensión verbal, organización perceptiva, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento.

Las pruebas de inteligencia, como las escalas Wechsler, se usan para varios propósitos, incluyendo evaluación psicoeducativa, el diagnóstico de discapacidades de aprendizaje, la determinación de talento o retardo mental, y la predicción del logro académico futuro. Las pruebas de CI también se usan en ocasiones en el diagnóstico de trastornos neurológicos y psiquiátricos, casos en los que son un componente de un procedimiento de evaluación más exhaustivo. Por último, las pruebas de CI pueden usarse en selección de personal cuando ciertas clases de ventajas cognitivas son importantes en especial.

Aunque los números de CI proporcionan información valiosa, no cuentan toda la historia; en consecuencia, los clínicos saben que deben evaluar muchos factores que pueden contribuir a la ejecución y puntuaciones de prueba de un sujeto. Un CI bajo puede reflejar un nivel bajo de funcionamiento intelectual, pero también puede ser el resultado de ansiedad intensa, depresión debilitante, poca motivación, comportamiento de oposición, deterioro sensorial o incluso poco *rappor*t con el examinador de parte del sujeto. El caso de Ben, sobre quien leyó antes en este capítulo, proporciona un ejemplo interesante de la forma en que un clínico usaría hallazgos sutiles de la prueba de CI para formular algunas hipótesis que vayan más allá del funcionamiento intelectual. La doctora Tobin señaló que Ben tiene inteligencia promedio, sin ventajas ni deficiencias notables. También tomó nota del hecho que, aun cuando Ben estaba alterado en el momento de la prueba, fue capaz de funcionar en forma adecuada en las diversas subpruebas de la WAIS-III. A partir de esto, la doctora Tobin concluyó que, cuando las tareas eran claras

y se proporcionaba estructura, Ben era capaz de responder de manera apropiada. Al mismo tiempo, la doctora Tobin se preguntaba por qué el CI de Ben no era tan alto como podría esperarse en un estudiante universitario de primer grado académicamente exitoso; quizá problemas emocionales, como ansiedad o depresión, interfería con la ejecución de Ben en la prueba. Tendría en cuenta estas preocupaciones mientras continuaba recolectando datos de evaluación de Ben.

Consideraciones culturales en las pruebas de inteligencia

Cuando se lleva a cabo una evaluación, los psicólogos deben tener en cuenta los antecedentes culturales, étnicos y raciales de la persona. En años recientes, los editores de pruebas psicológicas, en especial aquellas que miden la inteligencia, han trabajado para eliminar reactivos específicos de una cultura, como definiciones que serían familiares sobre todo para estadounidenses blancos de clase media o media alta. Yendo un paso más adelante, los editores del test han desarrollado pruebas especializadas para proporcionar evaluaciones culturales justas de individuos de antecedentes diversos. Los investigadores y clínicos han debatido por años respecto al uso de pruebas psicológicas comunes para evaluar individuos de antecedentes culturales y étnicos diversos. Se han planteado interrogantes acerca de lo válidas que son estas pruebas con personas que no sean estadounidenses blancos de clase media. Algunos expertos sostienen que muchas pruebas de personalidad y cognitivas están prejuiciadas contra las minorías, quienes tienen mayor probabilidad de recibir puntuaciones de CI más bajas y puntuaciones de perturbación psicológica más altas que los blancos. ¿Es una cuestión de inteligencia o es una cuestión de evaluación defectuosa? ¿Los miembros de grupos minoritarios tienen más perturbaciones psicológicas o es problemática la medición de dichas variables?

El sistema de evaluación multicultural pluralista (SOMPA, por sus siglas en inglés) [Mercer, 1979], proporciona un método para la evaluación cognitiva de niños que toma en cuenta diferencias culturales y lingüísticas. El SOMPA incluye tres categorías de evaluación: médica, social y pluralista. Para la sección médica, el examinador evalúa la destreza física, capacidad perceptiva, madurez física, visión, audición e historia de salud del niño. La sección social incluye medidas de conocimiento general y una evaluación de las formas en las que el niño acata o se desvía de las normas de su cultura. La sección pluralista es aún más específica para los antecedentes étnicos y culturales. Los niños completan escalas socioculturales para determinar el grado en que su cultura difiere de la cultura angloestadounidense dominante. Las puntuaciones en las escalas socioculturales se traducen en puntuaciones de potencial de aprendizaje estimado, predicciones de CI en relación con los antecedentes culturales y étnicos del niño. Los investigadores han reportado un éxito modesto al usar el SOMPA para predecir la colocación y el logro académicos (Figueroa y Sassenrath, 1989), pero tam-

bién existe controversia sobre la validez de esta prueba para evaluar capacidades cognitivas.

Otra prueba usada por lo común es la prueba de inteligencia no verbal-3 (TONI-3) [Brown, Sherbenou y Johnsen, 1997], una medida de inteligencia, aptitud, razonamiento abstracto y solución de problemas que no hace uso del lenguaje. Sólo se requiere que el que responde proporcione un gesto, como señalar o asentir, para indicar opciones de respuesta. Las instrucciones también son presentadas de manera no verbal. No hay palabras, números, imágenes ni símbolos, de modo que la prueba puede aplicarse a cualquiera sin importar su antecedente cultural o capacidad de lectura.

Pruebas de personalidad y diagnósticas

Las pruebas de personalidad y diagnósticas proporcionan medios adicionales para entender los pensamientos, comportamientos y emociones de una persona. A veces estas pruebas se usan de manera independiente, y en otras ocasiones complementan las entrevistas clínicas o de investigación. Por ejemplo, la doctora Tobin completó una entrevista con una cliente nueva, Vanessa, y planteó la hipótesis de dos posibles diagnósticos que parecían plausibles. Vanessa explicó que estaba “sin un céntimo y que no tenía esperanzas de ganar siquiera un centavo”. La doctora Tobin, dándose cuenta que Vanessa era delirante, se preguntaba si este delirio de pobreza reflejaba una depresión grave o si era un síntoma de una desorganización seria de la personalidad. Las respuestas de Vanessa en las pruebas de personalidad que la doctora Tobin seleccionó para ayudar a hacer este diagnóstico diferencial la llevaron a concluir que Vanessa sufría de desorganización generalizada de la personalidad.

Hay dos formas principales de pruebas de personalidad: de autorreporte y proyectivas. Estas pruebas difieren en la naturaleza de sus reactivos y en la forma en que son calificadas.

Inventarios clínicos de autorreporte Un inventario clínico de autorreporte contiene preguntas estandarizadas con categorías de respuesta fijas que el individuo completa de manera independiente, reportando el grado en que las respuestas son caracterizaciones precisas. Las puntuaciones son calculadas y por lo general combinadas en varias escalas, lo cual sirve como la base para construir un perfil psicológico del cliente. Este tipo de prueba se considera “objetiva” en el sentido de que la calificación es estandarizada y por lo general no implica ningún juicio de parte del clínico. Sin embargo, el juicio del clínico es necesario para interpretar e integrar las puntuaciones de prueba con la historia, datos de entrevista, observaciones conductuales y otra información diagnóstica relevante del cliente. También se requiere el juicio del clínico para determinar si las conclusiones diagnósticas de las pruebas calificadas por computadora son precisas, teniendo en cuenta que las pruebas computarizadas tienen tanto ventajas como limitaciones.

Una ventaja importante de los inventarios de autorreporte es que son fáciles de aplicar y calificar. En consecuencia, pueden darse a grandes cantidades de personas de una manera eficiente. Se dispone de datos extensos sobre la validez y confiabilidad de los inventarios de autorreporte más conocidos debido a su uso extendido en una variedad de escenarios.

MMPI y MMPI-2 El inventario de autorreporte más popular para uso clínico es el *Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota* (MMPI), publicado en 1943, y una forma revisada, el MMPI-2, publicada en 1989. El MMPI original, el cual fue citado en miles de estudios de investigación, tenía defectos, como limitaciones psicométricas y una muestra de estandarización reducida que no reflejaba la diversidad de la población contemporánea de Estados Unidos. En respuesta a estas críticas, en 1982 la University of Minnesota Press se embarcó en un proyecto de reestandarización y comisionó a un equipo de investigadores para que elaboraran el MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1989). El foco de este esfuerzo estuvo en mantener el propósito original de la prueba mientras se hacían cambios en reactivos individuales para traducirlos en términos contemporáneos. Para probar la validez de los reactivos nuevos y mejorar la universalidad de la prueba, se recolectaron datos de una muestra de 2 600 personas de todo Estados Unidos que fueron elegidas para ser representativas de la población general desde el punto de vista de dimensiones regionales, raciales, ocupacionales y educativas. También se obtuvieron datos adicionales de varios grupos clínicos, incluyendo personas en hospitales psiquiátricos y otros escenarios de tratamiento.

El MMPI-2 consiste en 567 reactivos que contienen autodescripciones a las que el individuo responde verdadero o falso. Estas autodescripciones se refieren a comportamientos particulares (por ejemplo, uso de alcohol), al igual que a pensamientos y sentimientos (como sentimientos de tristeza o falta de confianza en sí mismo). El MMPI-2 produce un perfil de la personalidad y dificultades psicológicas del individuo, al igual que tres escalas que le proporcionan al psicólogo información sobre la validez de cada perfil del individuo.

El MMPI y el MMPI-2 proporcionan calificaciones en 10 escalas clínicas y tres escalas de validez. Las escalas clínicas le proporcionan al psicólogo un perfil de la personalidad y posible trastorno psicológico de un individuo. Las escalas de validez le proporcionan información importante sobre lo defensivo que fue el individuo y si pudo haber sido descuidado, estar confuso o mentir de manera intencional durante la prueba. Las escalas 1-10 (o 1-0) son las escalas clínicas, y las tres restantes son las escalas de validez (véase la tabla 3.6). Una escala adicional, la escala “?”, o “No puedo decirlo”, es el número de preguntas sin responder, en la que una puntuación alta indica descuido, confusión o falta de disposición para revelar información sobre sí mismo.

TABLA 3.6 Escalas clínicas y de validez del MMPI-2, con reactivos adaptados

Escala	Nombre de la escala	Contenido	Reactivo adaptado
1	Hipocondriasis	Preocupaciones relacionadas con el cuerpo, temor por la enfermedad y los padecimientos, y otras preocupaciones.	He tenido malos momentos con las náuseas y el vómito.
2	Depresión	Negación de la felicidad y valor personal, retardo psicomotor y retraimiento, falta de interés en los alrededores, quejas somáticas, preocupación o tensión, negación de la hostilidad, dificultad para controlar los procesos de pensamiento.	Desearía ser tan feliz como otros parecen ser.
3	Histeria	Reacciones histéricas ante situaciones de estrés. Varias quejas somáticas y negación de problemas psicológicos, al igual que incomodidad en situaciones sociales.	Con frecuencia mi cabeza parece herirse en todas partes.
4	Desviación psicopática	Tendencias asociales o amorales, falta de satisfacción en la vida, problemas familiares, delincuencia, problemas sexuales, dificultades con las autoridades.	En ocasiones era enviado a la oficina del director por mal comportamiento.
5	Masculinidad-feminidad	Grado en que el individuo se adscribe a comportamientos y actitudes de papel sexual estereotípicos.	Me gusta leer historias románticas (reactivo masculino).
6	Paranoia	Síntomas paranoides, como ideas de referencia, sentimientos de persecución, grandiosidad, suspicacia, sensibilidad excesiva, opiniones y actitudes rígidas.	Habría sido mucho más exitoso si otros no hubieran sido vengativos contra mí.
7	Psicastenia	Dudas excesivas, compulsiones, obsesiones y temores irracionales.	A veces tengo pensamientos demasiado terribles para discutirlos.
8	Esquizofrenia	Perturbaciones del pensamiento, estado de ánimo y comportamiento.	He tenido algunas experiencias bastante extrañas.
9	Hipomanía	Estado de ánimo elevado, habla y actividad motora aceleradas, irritabilidad, fuga de ideas, periodos breves de depresión.	Me pongo muy excitado al menos una vez por semana.
0	Introversión social	Tendencia a retraerse de contactos y responsabilidades sociales.	Por lo general no hablo primero. Espero a que otros hablen por mí.
L	Escala de mentira	Autopresentación positiva irreal.	
K	Corrección	Comparada con la escala L, una indicación más compleja de la tendencia de una persona para negar los problemas psicológicos y presentarse uno mismo en forma positiva.	
F	Infrecuencia	Presentarse uno mismo en una forma negativa irreal al responder a una variedad de reactivos desviados o atípicos.	

Fuente: MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) Manual for Administration and Scoring. Derechos reservados © 1942, 1943, 1951, 1967 (renovada en 1970), 1989 por los Regentes de la Universidad de Minnesota. Todos los derechos reservados. Utilizado con autorización de University of Minnesota Press.

Regresemos una vez más al caso de Ben. Mientras estudiaba su perfil en el MMPI-2 (véase la figura 3.1), notará que hay varias puntuaciones altas en extremo. Primero, vea las puntuaciones de la escala de validez, las cuales dan algunos indicios importantes para entender las escalas clínicas. La F alta de Ben nos dice que reporta tener muchas experiencias, pensamientos y sentimientos inusuales. Esto podría deberse a un intento deliberado de parte de Ben para parecer enfermo por algún motivo ulterior. Por otra parte, una exageración de los síntomas a veces refleja la desesperación de una persona, una llamada de ayuda. Al observar a continuación la escala K de Ben, puede verse que no es defensivo en particular; sin embargo, recuerde que Ben parecía bastante cauteloso en la fase

inicial de su entrevista con la doctora Tobin. ¿Cómo reconciliaría estas impresiones aparentemente en conflicto? Quizá la naturaleza más anónima del MMPI-2 le permitió a Ben revelar información sobre sí mismo. Entonces, las escalas de validez producen información importante sobre la personalidad de Ben, así como el hecho de que su perfil clínico es válido. Las escalas clínicas muestran un panorama de perturbación grave. Las elevaciones más altas son en las escalas 7 y 8, las cuales miden la ansiedad obsesiva, el retraimiento social y el pensamiento delirante. También tiene preocupaciones físicas y depresión, y muy posiblemente conflictos sexuales.

En resumen, el perfil MMPI-2 de Ben es el de un joven al borde del pánico. Está alarmado en extremo por pensamien-

neuroticismo (N), extroversión (E), apertura a la experiencia (O), conformidad (A) y escrupulosidad (C). Las escalas pueden ser completadas por individuos que se califican a sí mismos (forma S) al igual que por otros que conocen al individuo, como cónyuges, parejas o parientes (forma R). Dentro de cada una de las cinco dimensiones o dominios de rasgos, también se estiman seis facetas subyacentes. Por ejemplo, la escala O incluye las seis facetas de apertura a la fantasía, estética, sentimientos, acciones, ideas y valores. Los perfiles basados en el NEO-PI-R permiten al clínico evaluar puntuaciones relativas en los cinco dominios de la personalidad, así como en las seis facetas dentro de cada dominio.

El *Inventario de evaluación de la personalidad (PAI)* [Morey, 1991, 1996], otro catálogo objetivo de personalidad adulta, se ha vuelto uno de los instrumentos de evaluación utilizados con mayor frecuencia en la práctica y capacitación clínicas (Piotrowski, 2000). El PAI consiste en 344 reactivos que constituyen 22 escalas que abarcan los constructos más relevantes asociados con la evaluación de trastornos psicológicos: cuatro escalas de validez, 11 escalas clínicas, cinco escalas de tratamiento y dos escalas interpersonales. Los clientes con habilidades de lectura básicas por lo general pueden completar el PAI en menos de una hora al estimar cada uno de los reactivos en una escala de cuatro puntos que van de falso a muy verdadero. Este instrumento es atractivo en especial para los profesionales de la salud mental porque produce hipótesis de diagnóstico al igual que consideraciones para el tratamiento.

Los investigadores y psicólogos interesados en una medida cuantitativa de los síntomas de un individuo podrían usar el SCL-90-R (Derogatis, 1994), una medida de autorreporte en la que el individuo indica el grado en que experimenta 90 síntomas físicos y psicológicos. Las escalas derivadas de estos síntomas incluyen somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, pensamiento paranoide y psicoticismo. También hay escalas de índice de síntomas generales que pueden usarse para evaluar el funcionamiento global. El SCL-90-R se usa para medir síntomas actuales y por consiguiente puede aplicarse en múltiples ocasiones. Por ejemplo, el SCL-90-R podría usarse para evaluar si cierta clase de terapia es eficaz para reducir síntomas al aplicarlo antes y después de la terapia.

Para cada problema y síndrome clínico hay inventarios que pueden usarse para los propósitos de la evaluación. A veces los investigadores y psicólogos desean evaluar un fenómeno clínico o teoría para el que no hay una escala publicada, y pueden enfrentarse con el reto de elaborar uno que se adapte a sus necesidades. Algunos ejemplos de escalas elaboradas de esta manera miden fenómenos tan variados como trastornos alimentarios, miedos, impulsividad, actitudes sobre la sexualidad, hipocondría, homofobia, asertividad, pensamiento depresivo, estilo de personalidad y soledad.

Pruebas proyectivas Se expusieron varias pruebas que se basan en la premisa de que un método eficaz para entender el funcionamiento psicológico implica una tarea muy estructurada en la que el individuo proporciona información sobre sí mismo. En muchos casos, dicha información es suficiente para entender al individuo. Sin embargo, muchos psicólogos adoptan la postura teórica de que existen problemas inconscientes debajo de la superficie de la conciencia. Las pruebas proyectivas fueron elaboradas con la intención de obtener acceso a estos problemas inconscientes. Una **prueba proyectiva** es una técnica en la que se le presenta al individuo un reactivo o tarea ambiguos y se le pide que responda dándole su propio significado. Se supone que el individuo basa este significado en problemas o conflictos inconscientes; en otras palabras, proyecta significados inconscientes en el reactivo. Se supone que el individuo revelará características de su personalidad o preocupaciones que no pudieran ser reportadas con facilidad en forma precisa por medio de técnicas más abiertas u obvias. Por ejemplo, tómese el caso de un cliente llamado Barry, quien, en respuesta a los reactivos en un inventario de autorreporte sobre relaciones interpersonales, dice que se lleva muy bien con otras personas. En contraste, sus respuestas en una técnica proyectiva revelan hostilidad oculta y resentimiento hacia los demás.

La más famosa de las técnicas proyectivas es la *prueba de las manchas de tinta de Rorschach*. Esta técnica debe su nombre al psiquiatra suizo Hermann Rorschach, quien creó la prueba en 1911 y en 1921 publicó sus resultados de 10 años de uso de esta técnica en el libro *Psychodiagnostik*. Rorschach construyó las manchas de tinta dejando caer tinta sobre papel y doblándolo, lo que produjo un diseño simétrico. Antes de llegar al conjunto final de 10 manchas de tinta, Rorschach experimentó con muchos cientos, se supone que hasta que encontró unas que produjeran las respuestas más útiles. Aunque Rorschach no inventó la técnica de las manchas de tinta (había sido propuesta por Binet en 1896), fue el primero en usar manchas de tinta estandarizadas como la base para evaluar trastornos psicológicos. Por desgracia, Rorschach no vivió mucho después de la publicación de su libro; murió un año después, cuando estaba por cumplir 40 años de edad.

La prueba Rorschach consiste de una serie de 10 tarjetas que muestran manchas de tinta. La mitad de estas manchas de tinta son a colores, y la mitad son en blanco y negro. El individuo es instruido a observar cada mancha de tinta y responder diciendo qué le parece la mancha de tinta. Después de explicar el procedimiento, el examinador muestra las manchas de tinta una por una, sin dar ninguna guía respecto a lo que se espera, excepto que el individuo indicará qué le parece cada mancha de tinta. El examinador está capacitado para no proporcionar indicios respecto a cómo se calificará la mancha de tinta. Entonces se le pide al individuo que describa qué, en la mancha de tinta, la hace verse de esa forma. Mientras el individuo está hablando, el examinador hace un registro textual de su respuesta y cuánto le toma responder.



La percepción de Ben de esta mancha de tinta parecida a las de Rorschach fue: "Una máscara diabólica que salta para atraparte. También una semilla, alguna clase de semilla que se divide en dos mitades iguales. Podría ser un signo de la concepción y sin embargo está muriendo. Está perdiendo parte de sí misma, rasgándose, furiosa."

Una evaluación objetiva del Rorschach lleva a la conclusión de que este instrumento tiene limitaciones y ventajas. En una crítica de las pruebas proyectivas en general, un equipo de investigadores psicométricos revisó la literatura empírica y planteó dudas serias sobre la validez de cómo se califican y usan dichos instrumentos (Lilienfeld, Wood y Garb, 2000). Es seguro que el debate respecto a estos instrumentos continuará por años debido a que muchos psicólogos sostienen que el Rorschach proporciona información abundante.

Puede preguntarse cómo las respuestas a una serie de manchas de tinta pueden usarse para ayudar a entender la personalidad de un individuo. La prueba Rorschach es una de varios tipos de técnicas proyectivas que pueden integrarse con la información más objetiva obtenida de un inventario clínico de autorreporte. Regresemos al caso de Barry mencionado antes, quien respondió en diferentes formas en el autorreporte y en las técnicas proyectivas respecto a sus actitudes hacia otras personas. El psicólogo que trabaje con sus datos de prueba buscará formas de integrar estas perspectivas divergentes y podría concluir que Barry se engaña a sí mismo al creer que siente en forma más positiva respecto a otras personas de lo que podría ser el caso. Esta hipótesis sobre la personalidad de Barry podría probarse con otros métodos proyectivos, una entrevista clínica o inventarios de autorreporte más específicos que se enfoquen en estilos interpersonales.

Es importante recordar que la postura teórica del psicólogo influye en la elección de la prueba que incorpora en una batería. Las técnicas proyectivas se asocian más comúnmente con enfoques que se centran en los determinantes incons-

cientes del comportamiento. En contraste, un psicólogo que está más interesado en los comportamientos conscientes y abiertos seleccionaría una batería de pruebas muy diferente para evaluar a un cliente con una perturbación grave.

La respuesta de Ben a la tarjeta I de Rorschach muestra que la ambigüedad de la prueba proyectiva estimuló una variedad de percepciones inusuales e idiosincrásicas. Él ve en esta tarjeta una máscara diabólica. Muchas personas observan esta tarjeta y ven una máscara; sin embargo, Ben ve esta máscara como diabólica, una imagen más ominosa que una simple máscara. Además, Ben ve que la máscara "salta para atraparte". La máscara no sólo tiene elementos ominosos, sino que es vista como un atacante. En su siguiente respuesta a la misma tarjeta, Ben ve la mancha de tinta como "una semilla... la cual... está perdiendo parte de sí misma,



Ben contó la siguiente historia sobre esta tarjeta del TAT: "Ésta es una historia de una mujer que ha vivido demasiado tiempo con su madre. Desea fugarse pero sabe que no puede. Su vida entera estaba envuelta en su madre y la casa. Ella era una mujer de negocios exitosa y no obstante siente un fracaso porque no puede escapar debido a lo que ve que sucede fuera de la casa. Está viendo el cielo y ve a un avión a punto de estrellarse en la calle. Al otro lado de la calle ve a un hombre a punto de saltar desde arriba de un edificio de seis pisos, pero se detiene cuando alguien viene a rescatarlo. Debido a todas las cosas locas que suceden afuera, la mujer piensa que quizá es mejor permanecer con su madre."

Fuente: Reimpreso con autorización del editor de Henry A. Murray, *Thematic Apperception Test*, Cambridge, Mass., Harvard University Press. Derechos reservados © 1943 por el presidente y consejo de Harvard College, derechos reservados © 1971 por Henry A. Murray.

rasgándose, furiosa”. ¿Está hablando Ben sobre sí mismo en esta descripción?

La respuesta de Ben a otra tarjeta, la cual contiene color, refleja un viaje aún más extremo a la fantasía. Para cuando Ben vio esta tarjeta, la cual salió cerca del final de la prueba, se había vuelto preocupado con fantasías de personas y objetos que se unen y se dividen. Sus respuestas se habían vuelto cada vez más extrañas y desconectadas de los estímulos. Al relacionar respuestas inusuales como éstas con el perfil MMPI-2 de Ben, el psicólogo plantearía la hipótesis de que Ben está perdiendo el control y siente pánico por la experiencia de perderlo.

La *prueba de apercepción temática* (TAT), otra prueba proyectiva, funciona bajo la misma premisa que el Rorschach; cuando se les presentan estímulos ambiguos, los individuos revelan aspectos ocultos de sus personalidades. En lugar de manchas de tinta, los estímulos son dibujos en blanco y negro y fotografías que representan a personas en una variedad de contextos ambiguos. Las instrucciones para el TAT le solicitan al individuo que narre una historia sobre lo que está sucediendo en cada imagen, incluyendo qué piensan y sienten los personajes principales, qué eventos precedieron a la situación descrita y qué les sucederá a las personas en la imagen. Algunos individuos se involucran mucho al narrar estas historias, ya que las imágenes se prestan para algunos dramas interpersonales fascinantes.

El TAT fue concebido originalmente por Christiana Morgan y Henry Murray (Morgan y Murray, 1935), cuando trabajaban en la Clínica Psicológica de Harvard, y fue publicado como un método para evaluar la personalidad varios años después (Murray, 1938; Murray, 1943).

Una de las ventajas del TAT es su flexibilidad. Las imágenes se prestan para una variedad de interpretaciones que pueden usarse tanto para propósitos de investigación como clínicos. En una adaptación ingeniosa del TAT, el psicólogo Drew Westen ha desarrollado un marco teórico exhaustivo para entender las respuestas a esa prueba. Este marco se basa en la teoría de las relaciones objetales, una perspectiva sobre la que leerá en el capítulo 4, la cual se basa en la teoría psicodinámica contemporánea. El sistema de Westen, llamado *escala de cognición social y relaciones objetales* (SCORS) [Westen, 1991a, 1991b], implica calificar el TAT a lo largo de dimensiones que incorporan la calidad de las descripciones de las personas y sus relaciones. Por ejemplo, se evalúa el tono del afecto al analizar cómo son descritas las personas en las historias del TAT; en un extremo las personas pueden ser descritas como malévolas o violentas, y en el extremo opuesto pueden ser descritas como positivas y enriquecedoras. El manual de calificación para este sistema implica procedimientos específicos para asignar puntuaciones a lo largo de estas dimensiones, asegurando que la medida tenga una confiabilidad alta (Westen, Lohr, Silk y Kerber, 1994).

Los temas que surgen de las respuestas de Ben a la TAT son consistentes con los problemas identificados en las otras

pruebas de personalidad, ya que reflejan preocupaciones como problemas familiares, depresión y miedos sobre lo que sucede a su alrededor. Ben describe un personaje que está atemorizado por el caos en su ambiente. En la historia de Ben, el personaje observa a alguien que es rescatado de un intento de suicidio. Uno podría preguntarse si la descripción de Ben de la relación entre el personaje y su madre es un paralelo de su propia relación con su madre. De manera interesante, el personaje describe dejar su casa como “fugarse”, como si el hogar fuera una prisión de la cual escapar. Con pesimismo concluye que el personaje no será capaz de cumplir el deseo de separarse. En el reporte al final de este capítulo, la doctora Tobin integrará los datos de esta prueba con los otros resultados de las pruebas, conforme arma las piezas del rompecabezas de Ben.

Evaluación conductual

Hasta ahora se han expuesto formas de evaluación que implican pruebas psicológicas. Estas formas de evaluación son aquellas en las que piensa la mayoría de la gente cuando se imaginan cómo enfoca un psicólogo la tarea de diagnosticar un trastorno psicológico. Otra forma de evaluación psicológica surgió desde finales de la década de 1960 y se basa en un conjunto muy diferente de suposiciones que las de las pruebas proyectivas. La **evaluación conductual** incluye varias técnicas de medición basadas en el registro del comportamiento del individuo. Los psicólogos usan estas técnicas para identificar comportamientos problema, para entender qué mantiene estos comportamientos y para elaborar y refinar intervenciones apropiadas para cambiar estos comportamientos.

Como se concibió originalmente, la evaluación conductual se basaba en forma casi exclusiva en el registro de comportamientos observables; a saber, acciones llevadas a cabo por el individuo que otras personas pudieran observar. Esto fue en parte una reacción contra los modelos tradicionales que se basan en inferencias sobre causas ocultas, como determinantes inconscientes o rasgos de personalidad inobservables. Sin embargo, desde finales de la década de 1970, las evaluaciones conductuales han llegado a incluir cada vez más el registro de pensamientos y sentimientos reportados por el individuo, o la observación del comportamiento del individuo por un observador entrenado, además de acciones exteriores. Los enfoques usados por lo común incluyen el autorreporte conductual del cliente y la observación del cliente por parte del psicólogo.

Autorreporte conductual

El **autorreporte conductual** es un método de evaluación en el que el cliente proporciona información sobre la frecuencia de

comportamientos particulares. El fundamento que subyace a la técnica de autorreporte conductual es que la información sobre el comportamiento problemático debería derivarse del cliente, quien tiene el acceso más cercano a la información crítica para entender y tratar el comportamiento problema. Esta información puede adquirirse en diversas formas, incluyendo entrevistas conducidas por el psicólogo, autorregistro del comportamiento del cliente, y completar cualquiera de una variedad de listas de verificación o inventarios diseñados de manera específica para este propósito.

Se acepta por lo común dentro de contextos clínicos que la mejor forma de averiguar lo que atribula a los clientes es preguntarles; la entrevista es el contexto dentro del cual se emprende esta investigación. La entrevista conductual es una forma especializada de entrevista en la que el psicólogo se enfoca en el comportamiento bajo consideración, al igual que en aquello que precede y sigue al comportamiento. Los eventos que preceden al comportamiento se conocen como antecedentes, y los eventos que siguen al comportamiento se denominan consecuencias.

La entrevista conductual se ha considerado desde hace mucho como parte integral de la evaluación y terapia conductuales, porque es dentro de este contexto que el profesional trabaja para entender el problema bajo consideración. Cuando entrevista al cliente sobre el comportamiento problema, el psicólogo recopila información detallada sobre lo que sucede antes, durante y después de ejecutar el comportamiento. Por ejemplo, tomemos el caso de Ernesto, un joven que desarrolla niveles incapacitantes de ansiedad siempre que comienza a llover mientras conduce su automóvil. Al entrevistar a Ernesto, el psicólogo trata de desarrollar una

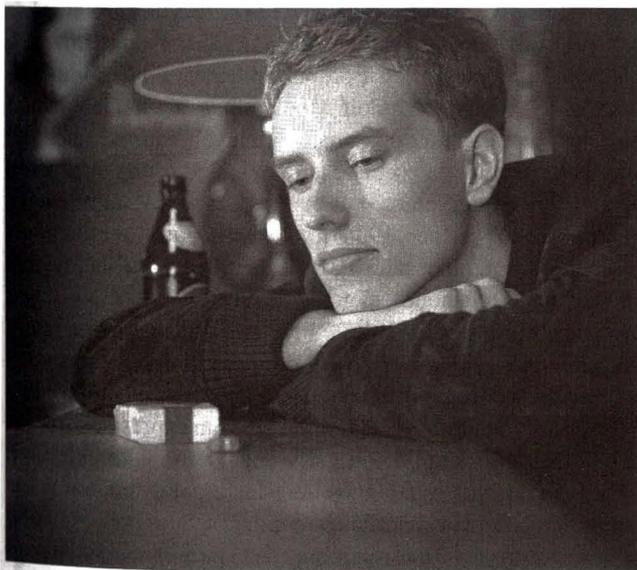
comprensión lo más precisa posible de la naturaleza de estos ataques de ansiedad y hace preguntas muy específicas relativas al momento, lugar, frecuencia y naturaleza de estos ataques. Aunque el psicólogo desee obtener alguna información antecedente, en la mayor parte de los casos esto se limita a información que parece relevante para el comportamiento problema. En este ejemplo, es más probable que el psicólogo se enfocara en experiencias particulares de la historia de Ernesto que se relacionan con temores de conducir bajo condiciones arriesgadas en lugar de preguntar sobre las relaciones tempranas en su vida.

Dentro de la entrevista conductual, el psicólogo no sólo trata de entender la naturaleza precisa del problema sino también busca colaborar con el cliente para establecer metas para la intervención. ¿Qué desea cambiar el cliente? En el ejemplo de los ataques de ansiedad, presumiblemente el cliente desea ser capaz de continuar conduciendo después que empieza a llover, sin quedar incapacitado por la ansiedad que antes lo afligía. El psicólogo trata de establecer si la meta del cliente es realista o no. Si el joven afirma que desea centrarse en evitar sentir ninguna ansiedad mientras está en un automóvil, el psicólogo consideraría irreal dicha meta y le ayudaría al cliente a establecer un objetivo más alcanzable.

El **autorregistro** es otra técnica de autorreporte conductual en la que el cliente lleva un registro de la frecuencia de comportamientos especificados, como el número de cigarrillos fumados o calorías consumidas, o el número de veces en un día que un pensamiento indeseado particular viene a la mente del cliente. Quizá una mujer es instruida para llevar un diario de cada vez que se muerde las uñas, documentando el momento, lugar y el contexto del **comportamiento meta**, el comportamiento que es de interés o preocupación en la evaluación. Con dicha atención cuidadosa al comportamiento problemático puede llegar a darse cuenta que es propensa a morderse las uñas sobre todo en ciertas situaciones. Por ejemplo, puede notar que morderse las uñas tiene el doble de probabilidad de ocurrir cuando habla por teléfono.

Los procedimientos de autorregistro tienen algunas limitaciones. Algunos hábitos como morderse las uñas están arraigados en forma tan profunda que las personas casi no se percatan de que emiten el comportamiento. Otro problema con los procedimientos de autorregistro es que el individuo debe tener la disciplina para llevar los registros del comportamiento. Como podría imaginarse, quizá sería bastante perjudicial para quien se muerde las uñas sacar una libreta de apuntes cada vez que se lleva las uñas a la boca. En respuesta a tales preocupaciones, algunos psicólogos reconocen que la medición del comportamiento en sí misma puede ser terapéutica.

Se han elaborado listas de verificación e inventarios conductuales para ayudar en la evaluación o registro de comportamientos problemáticos. Al completar una lista de verificación o inventario conductuales, el cliente verifica o



Los psicólogos que usan métodos conductuales con frecuencia piden a los clientes que supervisen la frecuencia de los comportamientos meta, como en el caso de este joven que trata de dejar de fumar.

estima si ciertos eventos o experiencias han sido superados. Por ejemplo, las *escalas de estimaciones Conners* (revisadas) [CRS-R] (Conners, Erhardt y Sparrow, 1997) consisten en instrumentos que usan estimaciones de un observador y estimaciones de autorreporte para evaluar trastorno por déficit de atención con hiperactividad y evaluar comportamientos problema en niños y adolescentes. Varias versiones de las CRS-R solicitan datos de evaluación de fuentes diferentes, incluyendo padres, maestros, cuidadores y la persona joven que es capaz de leer y entender los reactivos (es decir, un adolescente). También se encuentran disponibles versiones computarizadas y una forma en idioma español del CRS-R. Otro inventario conductual usado por lo común es el *programa de encuesta de miedo* (Wolpe y Lang, 1977), en el que se le pide a un individuo que indique el grado en que varias experiencias evocan sentimientos siniestros. Las listas de verificación e inventarios como éstos atraen tanto a los psicólogos como a los clientes, debido a que son relativamente económicos y fáciles de usar.

Sin embargo, en muchos casos es importante observar y medir el comportamiento que es el foco de preocupación. Un cliente puede hablarle a un psicólogo sobre la naturaleza y frecuencia de un comportamiento problemático, pero una persona puede tener problemas para reportar un comportamiento que es embarazoso o molesto.

Observación conductual

La observación del comportamiento del cliente es un componente importante de la evaluación conductual. En la **observación conductual**, el psicólogo observa al individuo y registra la frecuencia de comportamientos específicos, junto con cualquier factor situacional relevante. Por ejemplo, el personal de enfermería en una unidad psiquiátrica podría ser instruido para observar y registrar el comportamiento meta de un individuo que se golpea la cabeza contra la pared cada vez que ocurre algo fuera de lo ordinario. O un observador en el salón de clases de un niño hiperactivo podría contar el número de veces en cada minuto que el niño se para de su asiento. Las consecuencias de cada comportamiento también se registrarían, como el número de veces que el profesor le dice al niño que se siente.

El primer paso en la observación conductual es seleccionar los comportamientos meta que son de interés o preocupación. En el ejemplo del niño hiperactivo, el comportamiento meta sería que el niño se levante de su pupitre en momentos inapropiados. El segundo paso es definir el comportamiento meta con claridad. Los términos vagos no son aceptables en un contexto de observación conductual. Por ejemplo, un comportamiento meta de "intranquilidad" en el niño hiperactivo es demasiado vago para medirlo. Sin embargo, puede hacerse una medición del número de veces que él se levanta de su asiento.

De manera ideal, la observación conductual tiene lugar en el contexto natural en el que ocurre el comportamiento meta. Ésta se llama **observación in vivo**. Para el niño hiperactivo, el escenario del salón de clases es problemático en particular, así que es mejor que su comportamiento sea observado y medido ahí, en lugar de hacerlo en un laboratorio. Sin embargo, muchos desafíos están implicados para llevar a cabo esas evaluaciones, incluyendo superar los efectos posibles de la presencia del observador. Es posible que el comportamiento del niño se vea afectado por el hecho de que se sabe observado, un fenómeno al que los conductistas se refieren como reactividad.

Para enfrentar algunas de las limitaciones de la observación *in vivo*, el psicólogo clínico o investigador puede llevar a cabo una observación análoga, la cual tiene lugar en un escenario o contexto diseñado en forma específica para observar el comportamiento meta. Por ejemplo, el niño hiperactivo puede ser llevado al consultorio del especialista, donde su comportamiento puede ser observado a través de una cámara de Gesell. Quizá se incluiría a otros niños, de modo que puedan observarse las interacciones del niño y medirse ciertos comportamientos meta. Sin embargo, la observación análoga tiene sus límites, principalmente debido a que la situación es un tanto artificial.

Evaluación ambiental

Al evaluar a un individuo, con frecuencia es útil obtener una perspectiva de su ambiente social o de vida. Mientras lee sobre varios enfoques para comprender los trastornos psicológicos, verá que algunos hacen hincapié en la función de la familia o el contexto social del individuo en el desarrollo y continuación de los síntomas. Con las **escalas de evaluación ambiental** se pide al individuo que estime ciertas dimensiones clave que plantean la hipótesis de su propia influencia en el comportamiento. El psicólogo Rudolf Moos influyó en la elaboración de tales instrumentos, los cuales incluyen estimaciones del ambiente familiar, la escuela, la comunidad o una institución de atención a largo plazo. Por ejemplo, la *escala de ambiente familiar* (Moos y Moos, 1986) implica hacer que los individuos estimen a sus familias a través de dimensiones que incluyen la calidad de las relaciones, el grado de crecimiento personal que promueven y las actividades en las que éstas participan para mantener el sistema. Dentro del dominio de la relación, ciertas escalas separadas evalúan cuánta cohesión o compromiso existe entre miembros de la familia, qué tan expresivos son los miembros de la familia entre sí y cuánto conflicto expresan. Algunos reactivos específicos de estas escalas remiten a supuestas experiencias familiares mundanas, tales como cuándo se lavan los trastes y qué miembros de la familia se reúnen para recreación. Otras preguntas exploran cuestiones más sensibles, como si los miembros de la familia se golpean cuando están enojados o si comparten creencias religiosas.



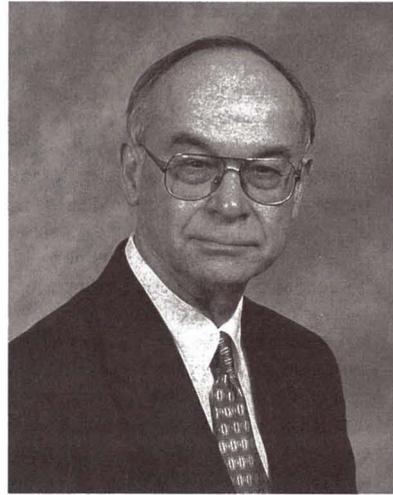
HISTORIAS REALES

FREDERICK FRESE: PSICOSIS

El reporte del caso de Ben Robsham, al inicio de este capítulo, es la historia de un individuo abrumado por experiencias psicóticas. Tal vez le sorprendería saber que la psicosis también puede ser experimentada por personas altamente funcionales, como el doctor Frederick Frese, un psicólogo exitoso.

Dicho doctor pasó un tiempo considerable en instituciones mentales como paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide. Se le diagnosticó un trastorno psiquiátrico por primera vez cuando era capitán de la Armada, a los 25 años de edad, y experimentó un episodio psicótico. Frese se encontraba custodiando armas atómicas en Jacksonville, Florida, cuando desarrolló la abrumadora paranoia de que algunas naciones enemigas habían hipnotizado a los líderes estadounidenses para apropiarse del abastecimiento de armas de Estados Unidos. A pesar de las repetidas hospitalizaciones por esta enfermedad, a lo largo de la siguiente década, Frese se graduó en psicología y en administración, y en 1978 obtuvo un doctorado en psicología. Mientras estudiaba el posgrado en la Universidad de Ohio, Frese conoció a su esposa, Penny, con quien tuvo cuatro hijos.

Desde que obtuvo su doctorado, Frese trabajó en puestos clínicos y administrativos en el Departamento de Salud Mental de Ohio. De 1980 a 1995 trabajó como director de psicología en el Western Reserve Psychiatric Hospital en Ohio, que es parte del mismo sistema hospitalario del que fue paciente. Frese ha viajado mucho y ha hecho cientos de presentaciones por todo el mundo. Fue el primer vicepresidente de la National Alliance for the Mentally Ill (NAM), una reconocida organización de defensa de las personas con enfermedades mentales.



Frederick Frese

Los logros del doctor Frese son impresionantes en especial a la luz de su lucha contra la enfermedad mental que ha afectado con tanta frecuencia su vida. Es impresionante en particular su voluntad de compartir abiertamente sus experiencias acerca de su propia enfermedad mental:

Yo también soy una persona con esquizofrenia. No estoy psicótico actualmente pero he estado en un estado de psicosis con la suficiente frecuencia como para haberme familiarizado con los viajes de ida y vuelta. Después de años de mantener en secreto mis experiencias esquizofrénicas, hace algunos años decidí revelar mi condición... No puedo decirles cuán difícil es para una persona aceptar el hecho de ser esquizofrénico. Desde muy pequeños, todos hemos sido condicionados para aceptar el hecho de que si alguien está loco o enfermo, de inmediato pierde su valor para nosotros. Vivimos en un mundo que se mantiene unido por medio de conexiones racionales. Aquello que es lógico o razonable es aceptable.

Lo que no es razonable no es aceptable. La naturaleza de este trastorno es que afecta la química que controla tus procesos cognitivos. Afecta tu sistema de creencias. Te engaña haciéndote creer que lo que estás pensando, o en lo que crees, es verdadero y correcto, cuando otros, por lo general, pueden decir que tus procesos de pensamiento no están funcionando bien. Estuve hospitalizado cinco veces antes que estuviera dispuesto a considerar la posibilidad de que algo andaba mal conmigo...

Sin embargo, desde el punto de vista de la persona que padece el trastorno, el fenómeno puede ser muy parecido a una experiencia mística... Con frecuencia estas experiencias pueden ser muy seductoras. Uno tiene la sensación de tener discernimientos especiales e incluso poderes especiales. Uno ya no está restringido por el rígido control de la racionalidad...

Las personas con una enfermedad mental grave están discapacitadas, igual que las personas ciegas, sordas o lisiadas. Al igual que las otras personas discapacitadas, nosotros podemos recibir ayuda por medio de un apoyo artificial. Así como el ciego puede tener un bastón o a un perro guía, o el sordo puede ayudarse con un aparato auditivo, o el lisiado puede usar una silla de ruedas o muletas, nosotros también podemos recibir ayuda por medios artificiales. Dado que nuestra discapacidad es un desequilibrio químico, es razonable que nuestra "muleta" sea química. Para nosotros, la "muleta" son los medicamentos neurolépticos que tomamos. Para poder mantener nuestros procesos neuroquímicos cerebrales balanceados, necesitamos la ayuda de medicamentos químicos prescritos. Con certeza, sin la disposición de dichos medicamentos, no podría funcionar como lo hago hoy...

Cuando visita un hospital psiquiátrico, con frecuencia verá pacientes

HISTORIAS REALES

FREDERICK FRESE: PSICOSIS (continuación)

que parecen hablar con personas que no están ahí. En su monólogo se verán muy animados. Dado que hablan con personas imaginarias, por lo general se supone que deben estar escuchando voces y que ellos les responden. Aunque en ocasiones éste puede ser el caso, con frecuencia está sucediendo algo muy diferente. Quienes padecemos de esquizofrenia somos muy sensibles a que hieran nuestros sentimientos. Los insultos, las críticas hostiles y otras formas de ataque psicológico nos lastiman en forma profunda y llevamos las cicatrices de estos ataques en un grado mucho mayor que nuestros amigos normales. Debido a que tenemos esta hipersensibilidad, naturalmente tratamos de protegernos y de prepararnos para posibles ataques... Ensayamos o actuamos situaciones una y otra vez en nuestras mentes, y con frecuencia nos encontramos hablando en voz alta mientras lo hacemos... Hace muchos años mi esposa se aburrió tanto de mi tendencia a hacer esto, que establecimos el acuerdo de que yo trataría de involucrarme en esta conducta únicamente cuando estuviera en la regadera por la mañana, y mientras estuviera podando el césped. El mo-

tor de la podadora tendía a apagar el sonido de mis murmullos...

Las personas con esquizofrenia deben darse cuenta de que pueden estimularse en exceso por circunstancias excitantes y también por circunstancias estresantes. Necesitamos desarrollar técnicas que limiten los efectos que la estimulación excesiva pueda tener en nuestros sistemas. Yo he encontrado que cuando empiezo a estar estimulado en exceso, con frecuencia es útil salirme amablemente de la situación. Si estoy en una conferencia, puedo retirarme a mi cuarto, o si estoy en un centro comercial, puedo retirarme a un ambiente menos estimulante.

...Cuando me enfrento a una crítica injusta, a la persona que me critica le doy mi tarjeta, la cual tiene escritas estas palabras: "Discúlpeme, necesito decirle que soy una persona que padece un trastorno mental. Cuando se me critica, degrada, insulta o soy tratado de cualquier otra forma opresiva tiendo a enfermarme mentalmente. ¿Podría pedirle que exprese su asunto de una manera que no tienda a discapacitarme? Gracias por su consideración."

Mientras los [individuos] normales pueden hablar sin ningún

problema acerca del cáncer o de una enfermedad del corazón, el tema de la esquizofrenia les provoca reacciones emocionales como el miedo o la burla. Los normales no se sienten cómodos con la idea de que alguien con una enfermedad mental grave viva en su vecindario, vaya a la misma escuela que ellos o trabaje en el mismo lugar; aún los atemorizamos. No saben qué esperar de nosotros... Quienes hemos regresado a trabajar y hemos encontrado que no somos tan bienvenidos como nos gustaría, enfrentamos un reto. Debemos trabajar juntos para cambiar la imagen que tenemos ante aquellos a los que en ocasiones me refiero como "la comunidad crónicamente normal". Conforme un número cada vez mayor de personas como nosotros nos abrimos respecto a la naturaleza de nuestra discapacidad, tenemos una obligación de compartir con otros, tanto como podamos, respecto a la enfermedad mental, de modo que haya menos miedo y mayor comprensión y aceptación.

Fuente: Tomado de Frederick J. Frese en *Innovations and Research*, 2(3), 1993. Reimpreso con autorización de *Psychiatric Rehabilitation Journal*.

La escala de ambiente familiar puede usarse para evaluar la calidad de vida hogareña de un adolescente delincuente, o el grado de apoyo que muestran los miembros de la familia durante una crisis. Dicha escala puede proporcionar información importante para los profesionales de la salud mental acerca de la influencia del ambiente social en la adaptación del individuo.

En años recientes ha habido esfuerzos para elaborar escalas transculturales para evaluar el ambiente familiar. Por ejemplo, la *escala de ambiente familiar global* (Rey et al., 1997; véase la tabla 3.7) cuantifica la adecuación del ambiente familiar en el que es criado un niño. La escala evalúa

variables como la capacidad de la familia para proporcionarle al niño buena atención física y emocional, relaciones de apego seguras, consistencia y establecimiento de límites apropiados que no conlleven castigo. Rey y colegas (2000) encontraron un acuerdo impresionante entre los profesionales de la salud mental en varios países, incluyendo Malasia, España, Australia, Indonesia, Estados Unidos, Dinamarca y Singapur. El hecho de que los especialistas de diferentes culturas parezcan ser capaces de hacer estimaciones globales del ambiente familiar con sólo una capacitación mínima es importante, en especial para los investigadores de la salud mental en esta comunidad cada vez más globalizada.

TABLA 3.7 Escala de ambiente familiar global

Se instruye a los calificadores para que consideren el ambiente familiar en un continuo hipotético de 1 a 90, dándole una estimación general de la calidad más baja de ambiente familiar al que el niño fue expuesto durante un periodo considerable (al menos un año) antes de los 12 años de edad. Deberá obtenerse información de una variedad de fuentes, las cuales son lo más objetivas posible. Tener un solo padre o una familia no tradicional en sí mismo no se califica en forma negativa en ausencia de otros factores perjudiciales.

Rango 81-90 Ambiente familiar adecuado

Estable, seguro y adecuado para el desarrollo del niño, con cuidado consistente, afecto, disciplina y expectativas razonables.

Rango 71-80 Ambiente ligeramente insatisfactorio

Principalmente estable y seguro, pero hay algunos conflictos e inconsistencias respecto a la disciplina y las expectativas (por ejemplo, un padre puede estar ausente a menudo o no estar disponible debido a enfermedad o trabajo, o un niño puede ser identificado para tratamiento especial), o algunos cambios de residencia y escuela.

Rango 51-70 Ambiente moderadamente insatisfactorio

Discordia moderada de los padres (la cual puede haber resultado en separación o divorcio), conflicto inadecuado o moderado sobre la disciplina y las expectativas, supervisión o cuidado paterno moderadamente insatisfactorio, cambios frecuentes de residencia o escuela.

Rango 31-50 Ambiente familiar pobre

Discordia paterna persistente, separación hostil con problemas con la custodia, exposición a más de un padrastro, inconsistencia paterna considerable o cuidado inadecuado, algo de abuso (por figuras paternas o hermanos) o negligencia, mala supervisión, cambios muy frecuentes de residencia o escuela.

Rango 11-30 Ambiente muy pobre

Varias figuras paternas por lo general efímeras (por ejemplo, padres de hecho), conflicto paterno grave, inconsistencia o cuidado inapropiado, evidencia de abuso considerable (por ejemplo, disciplina cruel) o negligencia, o carencia grave de supervisión paterna.

Rango 1-10 Ambiente extremadamente pobre

Ambiente familiar muy perturbado, que con frecuencia resulta en que el niño quede bajo la custodia del Estado, sea institucionalizado o colocado en cuidado adoptivo más de una vez; evidencia de abuso grave, negligencia o privación extrema.

Fuente: Rey *et al.*, 1997.

Evaluación fisiológica

Muchos trastornos psicológicos ocurren en presencia de perturbaciones fisiológicas que deben contribuir o al menos pueden tener que ver con la condición del individuo. A veces la perturbación se localiza en el cerebro, quizá en la forma de una anomalía estructural. O tal vez una persona tenga un trastorno físico, como diabetes, sida o hipertiroidismo (una tiroides activa en exceso), que causa que el individuo experimente un funcionamiento psicológico alterado. Cada vez más, conforme se ha encontrado que los trastornos psicológicos tienen perturbaciones fisiológicas acompañantes, la evaluación del estado fisiológico del individuo se ha convertido en un aspecto central de una evaluación psicológica completa. En algunos casos, las anomalías del funcionamiento fisiológico se vuelven una característica central del diagnóstico.

Evaluación psicofisiológica

Desde los primeros días de la terapia del comportamiento, muchos psicólogos e investigadores se han interesado en evaluar los cambios en el cuerpo que se asocian con experiencias psicológicas o emocionales, en especial cambios en

el sistema cardiovascular, músculos, piel y cerebro de una persona. Para medir estos cambios usan procedimientos de evaluación psicofisiológicos, los cuales proporcionan una riqueza de información sobre las respuestas corporales de un individuo ante una situación dada.

El sistema cardiovascular está compuesto por el corazón y los vasos sanguíneos. Como sabrá al pensar en cualquier situación en la que se haya sentido atemorizado, su ritmo cardíaco puede cambiar en forma drástica en un periodo corto. Incluso pensar en algo que lo atemoriza puede causar cambios en su sistema cardiovascular. Se usan varios dispositivos de medición para vigilar el funcionamiento cardiovascular, de los cuales el más común es el electrocardiograma (ECG), el cual mide impulsos eléctricos que pasan por el corazón y proporciona un indicio de si el corazón está bombeando sangre de manera normal. La presión sanguínea es una medida de la resistencia ofrecida por las arterias al flujo de sangre cuando ésta es bombeada desde el corazón. Las evaluaciones del funcionamiento cardiovascular pueden usarse para proporcionar información sobre el funcionamiento psicológico de una persona, al igual que su nivel de riesgo para desarrollar varias condiciones relacionadas con el estrés que afectan el corazón y las arterias.

La tensión muscular, otro indicador fisiológico del estrés, se evalúa por medio de la electromiografía (EMG),

una medida de la actividad eléctrica de los músculos. Esta técnica se usa en la evaluación y tratamiento de trastornos relacionados con la tensión, como jaquecas, que implican contracciones musculares graves y continuas.

La piel de un individuo también proporciona información importante sobre lo que la persona está experimentando desde el punto de vista emocional. Muchas personas sudan cuando se sienten nerviosas, lo cual causa cambios eléctricos en la piel llamados respuesta electrodérmica. Esta respuesta, también llamada **respuesta galvánica de la piel (RGP)**, es un indicador sensible de las respuestas emocionales, como el miedo y la ansiedad.

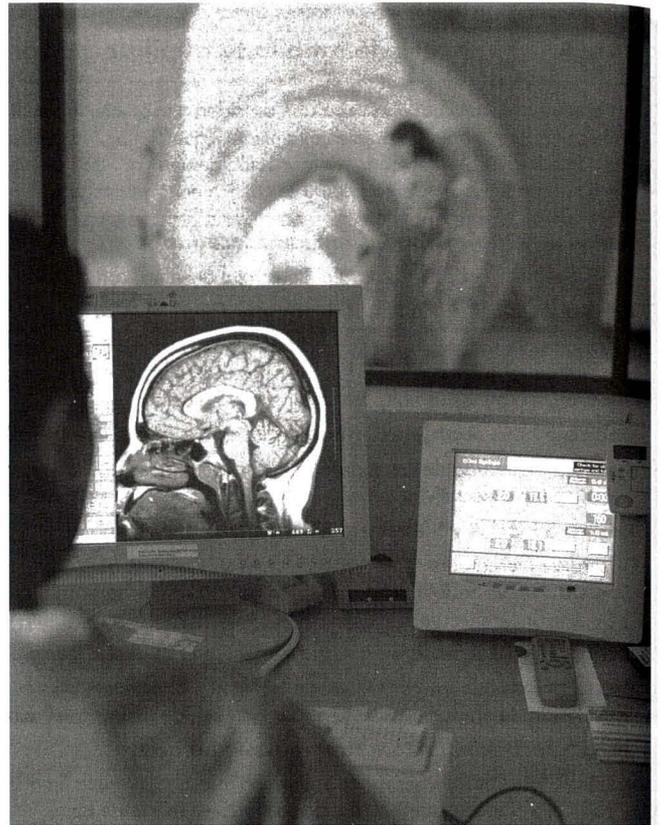
Técnicas para obtención de imágenes cerebrales

El crecimiento de la tecnología de las computadoras cada vez más poderosa en la década de 1980 condujo al desarrollo de una nueva generación de medidas fisiológicas de la estructura y actividad cerebrales. Estas técnicas han hecho posible que psicólogos, psiquiatras y neurólogos obtengan una mayor comprensión del cerebro normal y de los cambios del cerebro como una función de diversos trastornos físicos y psicológicos.

Una de las primeras técnicas para evaluar el cerebro vivo fue el **electroencefalograma (EEG)**, el cual mide la actividad eléctrica en el cerebro, un indicio del nivel de excitación del individuo. Un registro de EEG se toma al adherir electrodos (discos metálicos pequeños) con un gel conductor de electricidad a la superficie del cuero cabelludo. Un dispositivo llamado galvanómetro, el cual tiene una pluma en su puntero, escribe en la superficie de una tira de papel que se mueve continuamente, produciendo un trazo en forma de onda en el papel.

La actividad EEG refleja el grado en que un individuo está alerta, en reposo, durmiendo o soñando. La pauta EEG también muestra ondas cerebrales particulares cuando un individuo participa en tareas mentales específicas. Para propósitos de diagnóstico, los EEG proporcionan información valiosa para determinar enfermedades del cerebro, como epilepsia (convulsiones causadas por una actividad caótica de las neuronas), trastornos del sueño y tumores cerebrales. Cuando los evaluadores detectan pautas EEG anormales, pueden usar esta información como evidencia preliminar de anomalías cerebrales que pueden investigarse más con evaluaciones físicas y psicológicas más exhaustivas.

En años recientes, las interpretaciones computarizadas de las pautas del EEG han reemplazado a las interpretaciones subjetivas de técnicos y psicólogos. Una computadora puede traducir pautas de onda en gráficas de actividad codificadas por colores, como negro y azul, para indicar áreas de baja amplitud EEG, y amarillo y rojo para indicar una amplitud mayor. Este enfoque produce una vista fácilmente



La IRM es un procedimiento de exploración que usa campos magnéticos y pulsos de radiofrecuencia para construir una imagen del cerebro.

comprensible de las pautas de ritmo y amplitud eléctricas a lo largo de la superficie del cerebro. Las animaciones de estas imágenes hacen aún más fácil apreciar variaciones en las pautas de actividad del cerebro, en particular cuando se usan técnicas de graficación computarizadas para generar imágenes de video tridimensionales.

El EEG, en particular la versión computarizada, proporciona una "imagen" del cerebro vivo que puede ser útil en extremo para el diagnóstico. Otras técnicas de obtención de imágenes del cerebro proporcionan imágenes de tipo rayos X que pueden usarse para diagnosticar anomalías en la estructura cerebral causadas por enfermedades, tumores o lesiones.

Una **tomografía axial computarizada (TAC)** [*tomo* significa sección en griego] es una serie de radiografías tomadas desde varios ángulos alrededor del cuerpo que son integradas por una computadora para producir una imagen compuesta. Durante un examen TAC, el individuo se encuentra acostado con su cabeza dentro de un tubo grande de rayos X. Un haz de rayos X es disparado a través del cerebro; al salir por el otro lado, el haz es despuntado ligeramente, porque ha pasado por áreas densas de tejido vivo. El tejido muy denso, como el hueso, causa la mayor desviación del

haz, y el líquido causa la menor. Los detectores de rayos X recolectan lecturas desde múltiples ángulos alrededor de la circunferencia del aparato, y una fórmula computarizada reconstruye una imagen de cada rebanada. Este método puede usarse para proporcionar una rebanada en sección transversal del cerebro desde cualquier ángulo o nivel. Las TAC proporcionan una imagen de las áreas llenas de líquido del cerebro, los ventrículos. Como se verá más adelante en este libro, como en la exposición de la esquizofrenia, esta clase de información es muy valiosa para determinar las diferencias estructurales del cerebro entre personas con este trastorno e individuos que no son esquizofrénicos.

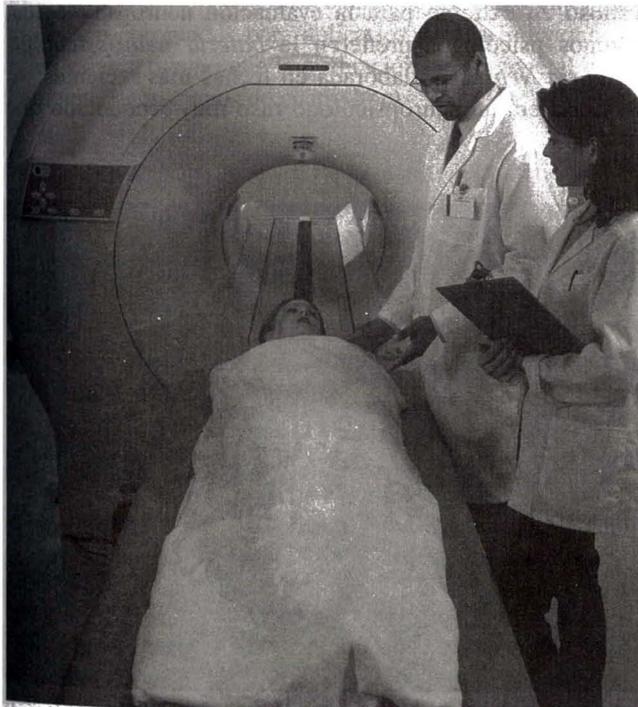
Otra técnica de obtención de imágenes usada para evaluar la estructura cerebral es la **imagen de resonancia magnética (IRM)**, la cual usa ondas de radio en lugar de rayos X para construir una imagen del cerebro vivo basada en el contenido de agua de varios tejidos. Se coloca a la persona examinada dentro de un aparato que contiene un electroimán potente. Esto causa que los núcleos en átomos de hidrógeno transmitan energía electromagnética (de ahí el término *resonancia magnética*), y la actividad desde miles de ángulos es enviada a una computadora, la cual produce una imagen de alta resolución del área explorada. La imagen obtenida de la IRM delinea áreas de materia blanca (fibras nerviosas) de la materia gris (células nerviosas) y es útil para diagnosticar enfermedades que afectan a las fibras nerviosas que forman la materia blanca. Los tumores que no pueden verse en una TAC en ocasiones pueden ver-

se en una IRM. En una variante de la IRM tradicional, la cual produce imágenes estáticas, la **imagen de resonancia magnética funcional (IRMF)** hace posible construir una imagen de la actividad en el cerebro mientras el individuo está procesando información.

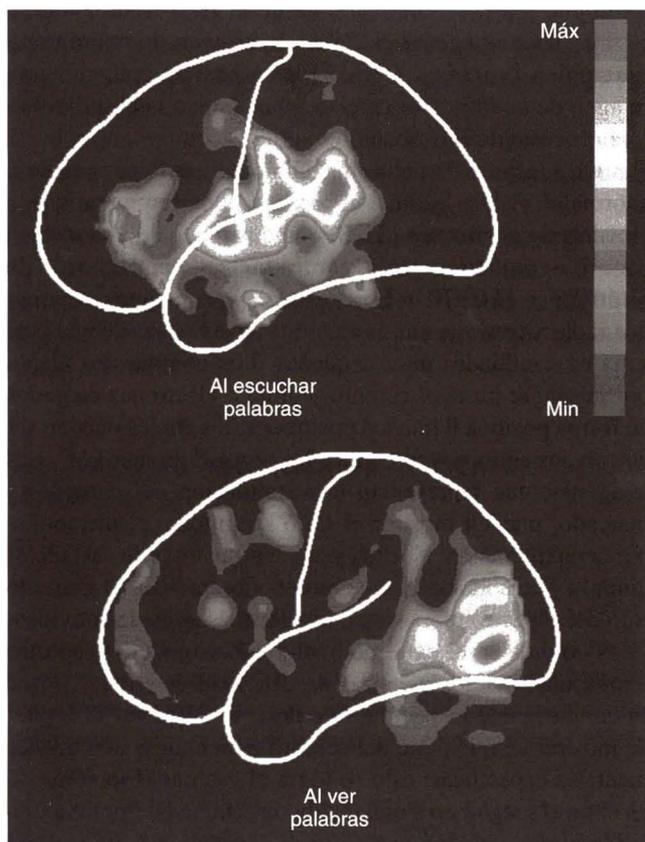
Otra técnica de neuroimagenología usada para evaluar anomalías de la función cerebral es la **tomografía por emisión de positrones (TEP)** o una variante de esta técnica conocida como **tomografía computarizada por emisión de fotón único (TCEFU)**. En este método, compuestos marcados radiactivamente son inyectados en las venas de una persona en cantidades muy pequeñas. Los compuestos viajan por la sangre hasta el cerebro y emiten electrones cargados en forma positiva llamados positrones, los cuales pueden ser detectados en forma parecida a los rayos X en una TAC. Las imágenes, que representan la acumulación del compuesto marcado, pueden mostrar el flujo sanguíneo, el metabolismo del oxígeno o la glucosa y concentraciones de sustancias químicas cerebrales. Estos colores vibrantes en el extremo rojo del espectro representan niveles más altos de actividad, y los colores en el extremo azul-verde-violeta del espectro representan niveles menores de actividad cerebral. Lo que es tan intrigante respecto a este proceso es que la TEP puede mostrar en qué parte del cerebro tienen lugar actividades mentales específicas; esto se logra al evaluar el incremento en el flujo sanguíneo a una región determinada. Por tanto, un pensamiento o tarea mental específica causa que una región del cerebro se ilumine. Además de la utilidad de la TEP para medir la actividad mental, este procedimiento es valioso para estudiar lo que sucede en el cerebro después de la ingestión de sustancias o drogas.

Las técnicas complejas de evaluación fisiológica no se incluyen de manera rutinaria en una batería debido al enorme costo que implican. Al mismo tiempo, sin embargo, psicólogos sagaces reconocen la importancia de evaluar la posibilidad de que una anomalía médica pueda estar causando o contribuyendo al trastorno psicológico de un individuo. Aunque en el presente sería improbable que las técnicas de obtención de imágenes cerebrales sean incorporadas en la práctica clínica típica, todo esto puede cambiar en el futuro próximo. Conforme se desarrolle la tecnología, en particular la que implica a la IRMF, es probable que la dependencia en esas técnicas de obtención de imágenes cerebrales en escenarios clínicos sea una práctica común. (“Posición oficial de la división de neuropsicología clínica [APA División 40] sobre la función de los neuropsicólogos en el uso clínico de la IRMF: aprobado por el Comité Ejecutivo de la División 40 el 28 de julio de 2004”, 2004.)

Regresemos al caso de Ben. Recuérdese cómo le dijo a la doctora Tobin que su preocupación por la posibilidad de que la policía estuviera siguiéndolo se remontaba al momento en que sufrió una lesión menor después de chocar su bicicleta contra una patrulla de la policía. Mientras la doctora Tobin intentaba entender la naturaleza de los sín-



Las IRMF son cada vez más importantes para ayudar a los profesionales a precisar anomalías asociadas con trastornos psicológicos.



La TEP en la parte inferior muestra las dos áreas del cerebro que se vuelven activas en particular cuando los voluntarios leen palabras en una pantalla de video; la corteza visual primaria y una parte adicional del sistema visual, ambos en la parte posterior del hemisferio izquierdo. Otras regiones cerebrales se vuelven activas en especial cuando los sujetos oían palabras a través de audífonos, como se ve en la TEP en la parte superior.

tomas de Ben, consideró la posibilidad de que podría tener una lesión cerebral en este accidente que previamente no le habían diagnosticado. En consecuencia, recomendó que Ben consultara con un neurólogo para una evaluación. En este procedimiento se realizó una IRM; aunque los resultados no mostraron ningún daño cerebral diagnosticable, el neurólogo notó algunas ligeras anomalías cerebrales en forma de ventrículos alargados. Aunque un psicólogo no haría un diagnóstico psiquiátrico con base en esta información, la doctora Tobin tomó nota mental del hecho que los ventrículos alargados en ocasiones son asociados con esquizofrenia.

Evaluación neuropsicológica

Es tan valiosa como las técnicas de evaluación física para precisar ciertas clases de anomalías en el cerebro u otras partes del cuerpo, pero tienen limitaciones. Con frecuencia el psicólogo necesita información sobre el tipo de deterioro

cognitivo que ha resultado de una anomalía en el cerebro, como un tumor o enfermedad cerebral. Quizá necesita información sobre el grado del deterioro que ha experimentado el individuo hasta ese punto. La **evaluación neuropsicológica** es el proceso de recopilar información sobre el funcionamiento cerebral de un cliente con base en el desempeño en pruebas psicológicas.

La herramienta de evaluación neuropsicológica más conocida es la *batería de pruebas neuropsicológicas Halstead-Reitan*, una serie de pruebas diseñadas para medir las funciones sensoriomotoras, perceptivas y del habla. Esta batería fue elaborada por el psicólogo Ralph Reitan, basada en el trabajo anterior de un psicólogo experimental, Ward Halstead (Halstead, 1947). Cada prueba en la batería implica una tarea específica que mide una relación particular cerebro-comportamiento de la que se conjetura. Los profesionales pueden elegir de una colección de pruebas, incluyendo la prueba de categorías Halstead, la prueba de ejecución táctil, la prueba de ritmo, la prueba de percepción de sonidos-habla y la tarea de oscilación de dedos. Estas pruebas fueron elaboradas al comparar el desempeño de personas con formas diferentes de daño cerebral determinadas por medio de medidas independientes, como radiografías del cráneo, autopsias y exámenes físicos. Además de estas pruebas, la batería puede incluir el MMPI-2 como una medida de variables de personalidad que pueden afectar el desempeño del individuo. Además, puede aplicarse la WAIS-III para recopilar información sobre el funcionamiento cognitivo general.

Aunque la Halstead-Reitan es considerada un enfoque valioso en extremo para la evaluación neuropsicológica, algunos psicólogos prefieren la *batería neuropsicológica Luria-Nebraska* elaborada en fechas más recientes. A. R. Luria era un neuropsicólogo ruso muy reconocido que



Los psicólogos usan pruebas neuropsicológicas para evaluar funciones cognitivas como la percepción y la comprensión de palabras y enunciados.

elaboró una variedad de pruebas individualizadas que pretendían detectar formas específicas de daño cerebral. Estas pruebas fueron puestas en forma estandarizada por un grupo de psicólogos en la Universidad de Nebraska (Golden, Purisch y Hammeke, 1985). Esta batería consta de 269 tareas separadas, organizadas en 11 subpruebas, que incluyen función motora, función táctil y habla receptiva. Toma menos tiempo aplicarla que la Halstead-Reitan; además, su contenido, administración y procedimientos de calificación están más estandarizados. Una versión de investigación de este instrumento, conocida como la Luria-Nebraska III (LNNB-III), se está probando para expandir el rango de reactivos presentes en la batería original y permitir su uso en pacientes con deterioros motores o del habla (Crum, Teichner, Bradley y Golden, 2000; Teichner, Golden, Bradley y Crum, 1999).

Aunque la Halstead-Reitan y la Luria-Nebraska son consideradas impresionantemente precisas, su aplicación implica habilidades y capacitación muy complejas. Con una creciente atención a la necesidad de instrumentos de evaluación neuropsicológica que puedan aplicarse, calificarse e interpretarse en forma eficiente, los editores de pruebas han introducido nuevas baterías. La *batería de evaluación neuropsicológica* (NAB) [Stern y White, 2003] es un instrumento exhaustivo integrado que consta de 33 pruebas que evalúan una amplia variedad de habilidades y funciones neuropsicológicas en adultos. Las pruebas son agrupadas en seis módulos: 1) atención, 2) lenguaje, 3) memoria, 4) espacial, 5) funciones ejecutivas y 6) exploración, un módulo que permite al evaluador determinar cuáles de los otros cinco módulos son apropiados para aplicarlos a cada individuo. La NAB es atractiva porque la evaluación por lo general puede completarse en menos de cuatro horas.

Armar todo

Al final del periodo de evaluación, el psicólogo deberá tener una comprensión amplia del cliente como un individuo total, al igual que un entendimiento de las áreas específicas de preocupación del cliente. El psicólogo arma un caso que describe la situación actual y los antecedentes del cliente en una forma detallada y minuciosa. Al usar el modelo biopsicosocial, el psicólogo evaluaría el grado en que los factores biológicos, psicológicos y socioculturales han contribuido al problema de una persona y lo han mantenido. Por tanto, el psicólogo enfrenta la tarea formidable de discernir una multitud de factores posibles. Cuando regresemos al caso de Ben, se verán las formas en que la doctora Tobin considera los tres conjuntos principales de factores. En la esfera biológica, la doctora se pregunta sobre el grado en que el problema de Ben ha sido influido en general. También cuestiona la posibilidad de que su lesión menor en la bicicleta podría haber contribuido a sus problemas. ¿Sufrió una lesión cerrada de la cabeza que podría haber sido la causa de su pensamiento y comportamiento anormales actuales? ¿O este accidente podría haber sido un factor de estrés en la estructura ya frágil de su personalidad? En la esfera psicológica, la doctora Tobin cuestiona el grado en que las dificultades emocionales pasadas y actuales pueden haber contribuido a los problemas de Ben. Por último, evalúa los factores socioculturales, como problemas familiares, dificultades con sus semejantes y otras fuerzas sociales, que pudieran estar causando o agregándose a la perturbación de Ben. Como se verá al leer el reporte de evaluación sobre Ben, la doctora Tobin atiende las cuestiones biopsicosociales complejas que pueden afectar sus pensamientos, emociones y comportamiento.

Razones para el uso de pruebas

Aunque Ben Robsham afirmó que la razón para pedir pruebas psicológicas era su curiosidad acerca de la naturaleza de éstas, fue obvia su preocupación por su estado psicológico. Incapaz de expresar estas preocupaciones con claridad, parece que Ben

vio en las pruebas psicológicas un contexto dentro del cual su perturbación se haría evidente, abriendo así la puerta para obtener ayuda profesional.

Dos hechos justificaron la aplicación de una batería de pruebas psicológicas, así como de una evaluación

neurológica. Primero, Ben había expresado ideas que sonaban delirantes, incluyendo su creencia de que la policía podría estarlo siguiendo. Segundo, describió un accidente en el que tuvo daños menores, que posiblemente incluían un traumatismo craneal no diagnosticado.

REGRESO AL CASO

Reporte de caso
Ben Robsham

REGRESO AL CASO

(continuación)

Información de identificación

En el momento de la evaluación, Ben tenía 21 años de edad, vivía con su familia y trabajaba medio tiempo en un supermercado. Estaba terminando el segundo año de la universidad, en una carrera de ciencias políticas y con la aspiración de trabajar en un cargo público.

Observaciones conductuales

Ben vestía con ropa informal, la típica vestimenta de un estudiante universitario, excepto que utilizaba un gorro de lana que cubría su pelo y sus oídos, y guantes negros de piel similares a los que utilizan los jugadores de golf o balonmano. Al inicio estaba tenso y con una preocupación ostensible acerca de la posibilidad de ser visto en el centro de consejo psicológico por personas que lo conocían. En reuniones subsiguientes, esta preocupación disminuyó. La mayor parte del tiempo mostró buenos modales y cooperación. Durante las pruebas hizo comentarios frecuentes tales como "esto realmente te hace observarte a ti mismo". En ocasiones se notaba defensivo en sus respuestas; por ejemplo, cuando se le preguntó acerca del significado de dos oraciones confusas en la prueba de frases incompletas, respondió de manera lacónica "eso es lo que quise decir". En varias ocasiones respondió de forma tangencial a preguntas de las pruebas y de la conversación, al relacionar incidentes personales que tenían poco o nada que ver con la tarea o tema.

Historia relevante

Ben Robsham creció en una familia de clase media. Describió los años de su primera infancia como problemáticos, tanto en casa como en la escuela. Pasaba la mayor parte del tiempo en pasatiempos solitarios, como escuchar rock. No tenía amigos cercanos y prefería permanecer en casa en lugar de socializar. Describió una relación antagónica con su hermana, Doreen, quien es dos años mayor. Ben habló de sus constantes peleas con Doreen y cómo la señora Robsham, de manera invariable, se mostraba a favor de Ben

en cualquier disputa. Esto reflejaba lo que él consideraba el estilo de crianza sobreprotector de su madre. Al describir a su madre, Ben habló de ella como "una loca que hablaba y divagaba locuras todo el tiempo". También comentó que estuvo hospitalizada en una institución psiquiátrica al menos en dos ocasiones durante la infancia de él, debido a lo que se describió como una "crisis nerviosa". Ben describió a su padre como poco involucrado con el resto de la familia, en especial en los años que siguieron a la primera hospitalización de su esposa.

Ben recuerda cómo, a partir de los primeros grados, sus maestros comentaban en repetidas ocasiones su incapacidad para ver a las personas a los ojos. También se desconcertaban cuando a las preguntas de la clase les daba contestaciones que encontraban difíciles de entender. Ben recuerda con claridad un incidente en el que se le pidió que nombrara la capital de Tennessee y él contestó "no sé nada sobre capitalismo". Su maestra se molestó con él por parecer un "graciosillo", aunque Ben no estaba bromeando. A pesar de sus particularidades, Ben se las arregló para terminar la preparatoria y ser aceptado en la universidad.

Varios meses antes de la evaluación, Ben estuvo involucrado en un accidente menor de tránsito con una patrulla de policía, mientras montaba su bicicleta. En el accidente, cayó de su bicicleta y se lesionó ligeramente. Sin embargo, el miedo intenso que sintió al enfrentarse con el oficial que conducía el automóvil fue mayor que el daño físico. El policía le habló con severidad respecto a su descuido en la bicicleta, lo que causó que Ben se sintiera aterrado. En los meses siguientes, las preocupaciones de Ben respecto a la policía se intensificaron. Por ejemplo, describió un incidente en el que iba caminando junto a una manifestación de protesta de estudiantes por un proyecto de investigación del campus que era financiado por la Agencia Central de Inteligencia. Al ver a un oficial de policía, Ben se alarmó y temió ser arrestado. Durante los siguientes días y semanas, se tornó más temeroso.

Empezó a preocuparse de que su teléfono podría estar intervenido, de que leyeran su correo y de que su comida tuviera un suero de la verdad. Ben reportó que desde entonces continuaba pensando que la policía lo seguía y que estaba buscando inventar cargos en su contra. Según Ben, en varias ocasiones vio agentes nazis enviados por la policía para atraparlo.

Procedimientos de evaluación

Entrevista diagnóstica, WAIS-III, MMPI-2, Rorschach y TAT

La evaluación neurológica fue realizada por la doctora Mariel Machmer, incluyó una IRM

Impresiones e interpretaciones

Ben Robsham es un joven muy atribulado que está buscando ayuda con desesperación. Empieza a mostrar signos de trastorno del pensamiento, inestabilidad emocional y pérdida de contacto con la realidad.

Ben posee una inteligencia promedio, sin ventajas o deficiencias excepcionales. Sin embargo, la calidad de muchas de sus respuestas refleja procesos de pensamiento inusuales. Por ejemplo, cuando se le pidió que definiera la palabra *invierno*, respondió "significa muerte". Es posible que los conflictos y los procesos de pensamiento inusuales, reflejados en esta respuesta, interfirieran con su desempeño en la prueba de inteligencia, el cual es más bajo que la norma para estudiantes universitarios.

Ben sufre de una ansiedad intensa y está atemorizado por su pérdida gradual de contacto con la realidad. Él busca ayuda en este estado cercano al pánico. Ben ve el mundo como un lugar siniestro, lleno de gente perversa o al borde de una horrible calamidad. Para afrontar su terror, se escapa a la fantasía, en la cual se imagina que lo cuidarán, que las personas vivirán felices y el conflicto desaparecerá.

Ben se mantiene distanciado de otras personas. Sus sentimientos acerca de las mujeres se caracterizan por la ambivalencia. Por un lado, desea que las mujeres sean cuidadoras protectoras y, por el otro, las percibe

REGRESO AL CASO

(continuación)

controladoras y seductoras. Esta ambivalencia acerca de las mujeres se ve agravada por su confusión acerca de su propia sexualidad. Él habla de un problema secreto que finalmente está admitiendo. Aunque no es explícito acerca de este problema, existen muchas alusiones en sus respuestas a preocupaciones acerca de su orientación sexual.

Varios conjuntos de factores parecen estar contribuyendo a la perturbación de Ben. Su madre tiene una historia de perturbación psiquiátrica. Aunque no se dispone del diagnóstico de esta mujer, la historia y la conducta que Ben describe sobre su mamá es común en personas con esquizofrenia. Algo que agrava la vulnerabilidad de Ben es que toda la vida ha experimentado un sentimiento de aislamiento social e infelicidad. Estos sentimientos

están arraigados en un sistema familiar caracterizado por falta de armonía, tensión y trastorno psicológico. El estrés de la adolescencia y el logro en la universidad deben haber parecido tremendos para él, intensificando sus sentimientos de vulnerabilidad. El ligero accidente de meses atrás pudo haber causado daño físico y emocional, lo cual lo puso al borde de perder el control sobre sus pensamientos, conducta y emociones. Aun cuando los datos de la evaluación neurológica (IRM) no reflejaron un daño cerebral diagnosticable, la doctora Machmer hizo notar ligeras anomalías cerebrales en forma de ventrículos cerebrales agrandados.

En resumen, este joven está al borde de un rompimiento con la realidad y necesita ayuda profesional inmediata. En este momento necesita psicoterapia regular y debe ser evaluado de inmediato

respecto a la posibilidad de prescribirle medicamentos que puedan controlar su deteriorada salud mental y su elevado nivel de ansiedad.

Recomendaciones

Voy a referir a Ben a consulta psiquiátrica. Recomiendo que sea evaluado para recibir medicamentos antipsicóticos, para tratar los signos que han surgido de perturbación psicológica grave: pensamiento delirante, alucinaciones y ansiedad extrema. También voy a referirlo a una psicoterapia de largo plazo que se enfoque en ayudarlo a desarrollar conductas adaptativas más adecuadas, como habilidades sociales y estrategias de afrontamiento.

Doctora Sarah Tobin

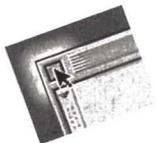
RESUMEN

- La evaluación es un procedimiento en el que un clínico evalúa a una persona en función de los factores psicológicos, físicos y sociales que influyen en el funcionamiento del individuo. Algunas herramientas de evaluación se enfocan en la estructura y funcionamiento del cerebro, otras evalúan la personalidad, y otras más están orientadas hacia el funcionamiento intelectual.
- La entrevista clínica es la herramienta de evaluación más usada para desarrollar una comprensión sobre un cliente y la naturaleza de sus problemas actuales, historia y aspiraciones futuras. Una entrevista no estructurada es una serie de preguntas abiertas dirigidas a determinar las razones del cliente para estar en tratamiento, síntomas, estado de salud, antecedentes familiares e historia de vida. La entrevista estructurada, la cual se basa en criterios objetivos, consiste en una serie estandarizada de preguntas, con redacción y orden predeterminados.
- Los psicólogos usan el examen del estado mental para evaluar el comportamiento y funcionamiento de un cliente, con atención particular a los síntomas asociados con una perturbación psicológica. También evalúan la apariencia y comportamiento, orientación, contenido del pensamiento, estilo de pensamiento y lenguaje, afecto y estado de ánimo, experiencias perceptivas, sentido del yo, motivación, funcionamiento cognitivo y discernimiento y juicio del cliente.
- Las pruebas psicológicas abarcan una amplia gama de técnicas en las que se recolecta información calificable sobre el funcionamiento psicológico. Aquellos que elaboran y aplican pruebas psicológicas atienden a principios psicométricos, como validez, confiabilidad y estandarización. Las pruebas de inteligencia, en particular las escalas Wechsler, proporcionan información valiosa sobre el funcionamiento cognitivo de un individuo. Las pruebas de personalidad, como los inventarios clínicos de autorreporte (por ejemplo, el MMPI-2) y las técnicas proyectivas (por ejemplo, la Rorschach), producen datos útiles sobre los pensamientos, comportamientos y emociones de una persona.
- La evaluación conductual incluye técnicas de medición basadas en el registro del comportamiento de una persona, como el autorreporte conductual, la entrevista conductual, el autorregistro y la observación conductual. En la evaluación ambiental se proporcionan estimaciones sobre dimensiones clave, como el ambiente familiar, que influyen en el comportamiento. Las técnicas psicofisiológicas y fisiológicas evalúan el funcionamiento y la estructura corporal. Las técnicas psicofisiológicas incluyen medidas como el ECG, la presión sanguínea, el EMG y otras medidas de respuestas emocionales. Las medidas fisiológicas incluyen técnicas de obtención de imágenes cerebrales, como EEG, TAC, IRM, TEP y otras técnicas para evaluar anomalías en el cuerpo, en particular el cerebro. Las técnicas de evaluación neuropsicológicas proporcionan información adicional sobre la disfunción cerebral basada en datos derivados del desempeño de un individuo en pruebas psicológicas especializadas como la batería de pruebas neuropsicológicas Halstead-Reitan.

CONCEPTOS CLAVE

Véase el glosario para sus definiciones

Afecto	84	Discernimiento	86	Imagen de resonancia magnética funcional	103
Afecto inapropiado	84	Electroencefalograma (EEG)	102	Intensidad del afecto	84
Agitación psicomotora	81	Estado de ánimo	84	Obsesión	81
Alucinaciones	84	Estado de ánimo disfórico	84	Observación <i>in vivo</i>	98
Alucinaciones auditivas	85	Estado de ánimo eufórico	84	Observación conductual	98
Alucinaciones de orden	85	Estilo de pensamiento y lenguaje	84	Orientación	81
Alucinaciones gustativas	85	Estado de ánimo normal (o eutímico)	84	Pensamiento mágico	83
Alucinaciones olfativas	85	Entrevista estructurada	77	Psicometría	86
Alucinaciones somáticas	85	Entrevista semiestructurada	77	Prueba proyectiva	94
Alucinaciones visuales	85	Entrevista no estructurada	76	Rango del afecto	84
Autorregistro	97	Escalas de evaluación ambiental	98	Retardo psicomotor	81
Autorreporte conductual	96	Evaluación	76	Respuesta galvánica de la piel (RGP)	102
Catatonía	81	Evaluación conductual	96	Tomografía axial computarizada (TAC)	102
CI de desviación	89	Evaluación neuropsicológica	104	Tomografía computarizada por emisión de fotón único (TCEFU)	103
Coefficiente intelectual (CI)	89	Examen del estado mental	80	Tomografía por emisión de positrones (TEP)	103
Confiabilidad	86	Historia familiar	77	Validez	86
Confusión de la identidad	85	Hiperactividad	81		
Contenido del pensamiento	81	Ideas sobrevaloradas	82		
Comportamiento meta	97	Inventario clínico de autorreporte	91		
Compulsión	81	Imagen de resonancia magnética (IRM)	103		
Delirios	82				
Despersonalización	85				



RECURSO EN INTERNET

Para obtener más información sobre el material estudiado en este capítulo, visite nuestro sitio web en www.mhhe.com/halgin5. Ahí encontrará más información en inglés, recursos y vínculos hacia temas de interés.

