



**UTPL**  
La Universidad Católica de Loja

Vicerrectorado de Modalidad Abierta y a Distancia

## Psicología Clínica

Guía didáctica





Facultad de Ciencias Sociales, Educación y Humanidades

## Psicología Clínica

### Guía didáctica

Carrera

PAO Nivel

Psicología

VI

#### Autora:

Teresita Ubaldina Marín Mora



P S I C \_ 3 0 6 3

**Psicología Clínica**

**Guía didáctica**

Teresita Ubaldina Marín Mora

**Diagramación y diseño digital**

Ediloja Cía. Ltda.

Marcelino Champagnat s/n y París

edilojacialtda@ediloja.com.ec

[www.ediloja.com.ec](http://www.ediloja.com.ec)

**ISBN digital** -978-9942-39-067-7

**Año de edición:** marzo, 2021

**Edición:** primera edición reestructurada en julio 2025 (con un cambio del 5%)

Loja-Ecuador



**Reconocimiento-NoComercial-Compartirlgual  
4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)**

Usted acepta y acuerda estar obligado por los términos y condiciones de esta Licencia, por lo que, si existe el incumplimiento de algunas de estas condiciones, no se autoriza el uso de ningún contenido.

Los contenidos de este trabajo están sujetos a una licencia internacional Creative Commons **Reconocimiento-NoComercial-Compartirlgual 4.0 (CC BY-NC-SA 4.0)**. Usted es libre de **Compartir – copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Adaptar – remezclar, transformar y construir a partir del material citando la fuente, bajo los siguientes términos: Reconocimiento- debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.** Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. **No Comercial-no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. Compartir igual-Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.** No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

# Índice

<b>1. Datos de información .....</b>	<b>8</b>
1.1 Presentación de la asignatura.....	8
1.2 Competencias genéricas de la UTPL.....	8
1.3 Competencias del perfil profesional .....	8
1.4 Problemática que aborda la asignatura .....	9
<b>2. Metodología de aprendizaje .....</b>	<b>10</b>
<b>3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje.....</b>	<b>11</b>
<b>Primer bimestre .....</b>	<b>11</b>
<b>Resultados de aprendizaje 1 y 2: .....</b>	<b>11</b>
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>11</b>
<b>Semana 1 .....</b>	<b>12</b>
Unidad 1. Una mirada a la psicología clínica.....	12
1.1. El campo de la psicología clínica .....	12
1.2. La psicología clínica y otras áreas de la salud mental .....	15
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	19
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>21</b>
<b>Semana 2 .....</b>	<b>21</b>
Unidad 1. Una mirada a la psicología clínica.....	21
1.3. ¿Qué hacen los psicólogos clínicos y dónde lo hacen? .....	22
1.4. El surgimiento de la psicología clínica dentro del campo de la psicología.....	26
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	28
Autoevaluación 1 .....	29
<b>Resultado de aprendizaje 3: .....</b>	<b>33</b>
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>33</b>
<b>Semana 3 .....</b>	<b>33</b>
Unidad 2. Métodos de investigación en la psicología clínica.....	33
2.1. El papel de la investigación en la psicología clínica .....	33

<b>2.2. El proceso de la investigación.....</b>	34
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	37
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	38
<b>Semana 4.....</b>	38
<b>Unidad 2. Métodos de investigación en la psicología clínica.....</b>	38
<b>2.3. Tipos de diseños de investigación en psicología clínica .....</b>	38
<b>2.4. Un ejemplo de investigación en psicología clínica .....</b>	39
<b>2.5. Aspectos éticos de la investigación .....</b>	43
<b>2.6. Retos de la investigación.....</b>	44
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	45
Autoevaluación 2.....	47
<b>Resultado de aprendizaje 4: .....</b>	50
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	50
<b>Semana 5.....</b>	50
<b>Unidad 3. Diagnóstico y clasificación de la psicología clínica.....</b>	50
<b>3.1. Importancia de la clasificación .....</b>	51
<b>3.2. La clasificación de la psicología clínica .....</b>	55
<b>3.3. Sistemas actuales de clasificación y diagnóstico .....</b>	56
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	60
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	62
<b>Semana 6.....</b>	62
<b>Unidad 3. Diagnóstico y clasificación de la psicología clínica.....</b>	62
<b>3.3. Sistemas actuales de clasificación y diagnóstico .....</b>	62
<b>3.4. Evaluación: la base de la clasificación .....</b>	72
<b>3.5. Ejemplo de un estudio de caso .....</b>	73
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	76
Autoevaluación 3.....	78
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	81
<b>Semana 7 .....</b>	81

Actividades finales del bimestre .....	81	
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	81	
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>82</b>	
<b>Semana 8 .....</b>	<b>82</b>	
Actividades finales del bimestre .....	82	
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	82	
<b>Segundo bimestre.....</b>	<b>84</b>	
<b>Resultados de aprendizaje 1 y 4: .....</b>	<b>84</b>	
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>84</b>	
<b>Semana 9 .....</b>	<b>84</b>	
Unidad 4. Evaluación psicológica .....	84	
4.1. Definición de evaluación psicológica .....	85	
4.2. Proceso de evaluación psicológica .....	87	
4.3. Evaluación: la entrevista clínica .....	91	
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	98	
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>101</b>	
<b>Semana 10 .....</b>	<b>101</b>	
Unidad 4. Evaluación psicológica .....	101	
4.4. Evaluación: medición de la inteligencia.....	101	
4.5. Medición de inteligencia en el niño, el adolescente y el adulto .....	102	
4.6. Evaluación neuropsicológica.....	115	
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	119	
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>120</b>	
<b>Semana 11 .....</b>	<b>120</b>	
Unidad 4. Evaluación psicológica .....	120	
4.7. Evaluación y medición de la personalidad .....	121	
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	137	
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>139</b>	
<b>Semana 12 .....</b>	<b>139</b>	

Unidad 4. Evaluación psicológica .....	139
4.7. Evaluación y medición de la personalidad .....	139
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	146
Autoevaluación 4.....	148
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>151</b>
<b>Semana 13.....</b>	<b>151</b>
Unidad 5. Intervención psicológica: promoción y prevención.....	151
5.1. Principios éticos en la intervención psicológica.....	151
5.2. Características de la intervención psicológica .....	153
5.3. Promoción y prevención .....	155
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	159
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>161</b>
<b>Semana 14.....</b>	<b>161</b>
Unidad 5. Intervención psicológica: promoción y prevención.....	161
5.4. La psicoterapia como tratamiento.....	161
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	180
Autoevaluación 5.....	182
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>185</b>
<b>Semana 15.....</b>	<b>185</b>
Actividades finales del bimestre .....	185
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	186
<b>Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....</b>	<b>187</b>
<b>Semana 16.....</b>	<b>187</b>
Actividades finales del bimestre .....	187
Actividades de aprendizaje recomendadas .....	187
<b>4. Solucionario .....</b>	<b>188</b>
<b>5. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>194</b>
<b>6. Anexos .....</b>	<b>199</b>



## 1. Datos de información

### 1.1 Presentación de la asignatura



### 1.2 Competencias genéricas de la UTPL

- Comunicación oral y escrita.
- Pensamiento crítico y reflexivo.
- Trabajo en equipo.
- Comportamiento ético.
- Organización y planificación del tiempo.

### 1.3 Competencias del perfil profesional

- Evalúa diferencias, problemas y necesidades a nivel individual, grupal, intergrupal y social (organizacionales e interorganizacionales), enfocándose en los problemas que se evidencien en los grupos de atención prioritaria y vulnerable.
- Interviene mediante propuestas de prevención y promoción de la salud mental para mejorar la calidad de vida de la colectividad, proponiendo estrategias de intervención psicológica a nivel local, regional y nacional.

## **1.4 Problemática que aborda la asignatura**

El estudio de esta asignatura procura contribuir a que se genere y se cimiente un uso apropiado del análisis e investigación referente a la psicopatología y a la salud mental, utilizándolos como herramientas de identificación de ocurrencia de fenómenos, frente a un limitado uso de técnicas y estrategias de investigación de conductas a nivel individual y grupal.





## 2. Metodología de aprendizaje

Apreciado estudiante, durante el desarrollo de esta asignatura se llevará a cabo una metodología de aprendizaje basado en el análisis de casos y de situaciones cotidianas. Este método, al ser eminentemente activo, le enseña al estudiante los contenidos de la asignatura, basándose en situaciones similares a las que se evidencian en la vida real, con la finalidad de que genere soluciones ante la situación planteada. Ese “realismo” le ayuda a adquirir competencias teórico-prácticas que serán aplicables en su quehacer profesional (Pérez-Escoda y Aneas 2016).

En el siguiente enlace encontrará una descripción minuciosa de la metodología de análisis de casos; con la revisión podrá ampliar la información al respecto: [Estudio de casos](#)



### 3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje



#### Primer bimestre

##### Resultados de aprendizaje 1 y 2:

- Comprende la definición, funciones y la naturaleza de la psicología clínica.
- Identifica el campo de acción, el propósito y la relación de la psicología clínica con otras áreas de la salud mental.

Estimado estudiante: le doy una cordial bienvenida al estudio de la asignatura de Psicología Clínica. Cabe destacar que los presentes resultados de aprendizaje le permitirán comprender las funciones y la naturaleza de la psicología clínica, así como identificar el campo de acción, el propósito y la relación de la psicología clínica con otras áreas de la salud mental.

Asimismo, lo invito a tener presente que esta asignatura no cuenta con texto básico, por lo que para una mejor comprensión y profundidad de los contenidos contará con diferentes recursos educativos, actividades calificadas y recomendadas, que le permitirán ahondar en los temas de estudio.

##### Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



## Semana 1

### Unidad 1. Una mirada a la psicología clínica

El análisis de los temas que se presentan en esta semana constituyen un elemento esencial que le brindará una introducción al estudio de la asignatura y así poder conocer aspectos fundamentales de la psicología clínica; esto es, el campo de la psicología clínica y la relación de esta disciplina con otras áreas de la salud mental.

#### 1.1. El campo de la psicología clínica

Para entender el campo de acción de la psicología clínica es preciso reflexionar sobre la pregunta ¿Cómo se define la psicología clínica?

Para tener una visión general al respecto, es importante conocer la definición de psicología clínica desde varios enfoques y desde varios estudiosos de esta disciplina.

Al respecto, Compas y Gotlib (2003) refieren varias definiciones de psicología clínica abarcadas desde 1912 hasta 1981 que se presentan en la imagen 1.



## Figura 1

Definiciones de Psicología clínica: 1912-1981

<b>Lightmer Wilmer 1912</b>	"Así pues los métodos de la psicología clínica están necesariamente involucrados siempre que el estado de la mente de un individuo se determine por la observación y experimentación y por tratamientos pedagógicos aplicados para producir un cambio, es decir, para el desarrollo de la mente."(1907, Psychological Clinic, Vol. 1, p. 1.)
<b>American Psychological Association (APA) en 1935</b>	La psicología clínica es una forma aplicada de la psicología, la cual apunta a definir las capacidades del comportamiento y las características conductuales de un individuo, mediante el uso de métodos de observación, de medición y análisis, los cuales como base en una integración de estos hallazgos y con los datos obtenidos a partir de las exploraciones físicas y las historietas sociales, proporcionan sugerencias y recomendaciones para el ajuste adecuado del individuo." (Brown, 1935, Psychological Clinic, 23, p.5).
<b>APA en 1981</b>	"Un psicólogo clínico es un profesional que aplica principios y procedimientos para comprender, predecir y aliviar los problemas psicológicos, intelectuales y conductuales" ("Specialty Guidelines for the Delivery of Services by Clinical Psychologists", Washington, DC:APA).

Nota. Adaptado de *Introducción a la Psicología Clínica* [Ilustración], por Compas, B. y Gotlib, E., 2003, McGraw Hill, CC BY 4.0.

En esta misma línea, The Society of Clinical Psychology de la APA en el 2000 (citado por Vivanco y Marín, 2016) menciona que:

El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad, también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos

intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas y en todos los niveles socioeconómicos. (p.14)

En tanto que, la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), en el artículo denominado Psicología clínica y psiquiatría (2003), refiere que la psicología clínica:

Es una disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por esta, para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir los trastornos mentales u otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad en los distintos contextos. (p.3)

Mientras que, Compas y Gotlib (2003) concluyen que la psicología clínica se define como: "La rama de la psicología dedicada a la generación del conocimiento psicológico y su aplicación desde la ciencia psicológica, en la comprensión y el mejoramiento del funcionamiento y bienestar físico de un individuo o de un grupo de individuos" (p.7)

Dentro de esta misma línea, López (2013) la define como:

Una disciplina científico-profesional con historia e identidad propia que proporciona modelos conceptuales explicativos de los trastornos mentales y del comportamiento, así como las estrategias complementarias o alternativas para la prevención, la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de esos trastornos. (p. 44)

*En consecuencia:*

Y como se puede evidenciar en la literatura, la psicología clínica es un campo especializado de la psicología. Las definiciones antes citadas tienen aspectos comunes, pues resaltan la importancia de la comprensión, el mejoramiento del funcionamiento y bienestar integral de

las personas, para lo cual su campo de acción es muy amplio, estando presente en todos los contextos en los que las personas se desenvuelven utilizando diversas estrategias y técnicas para la prevención, evaluación y tratamientos de diferentes problemas psicológicos y trastornos.

## 1.2. La psicología clínica y otras áreas de la salud mental

Luego de analizar la conceptualización y el campo de acción de la psicología clínica, le invito a que investigue en fuentes confiables y responda la siguiente interrogante:

***¿Cómo está vinculada la psicología clínica con otras áreas de la salud mental?***

En este sentido, su reflexión es muy importante. Pues bien, considerando el aporte de varios autores, se puede resaltar que **la psicología clínica está estrechamente vinculada a otras áreas de la salud mental**, como se evidencia en la imagen 2, que sintetiza la temática.

## Figura 2

Relación de Psicología clínica con otras áreas de la salud mental



### Psicología clínica

#### Enfermeras psiquiátricas:

Su formación está dirigida al trabajo con personas que padecen trastornos psiquiátricos, por lo general trabajan en estrecha relación con otros profesionales médicos y con los psiquiatras, en atención a pacientes internados en hospitales o casas de salud mental.

#### Psiquiatras

Son doctores en medicina, su práctica incluye la facultad de prescribir medicamentos psicotrópicos para el tratamiento de patologías. Las funciones de los psicólogos clínicos y psiquiatras convergen en gran medida, ya que tienen el mismo objeto: los trastornos psicológicos o mentales.

#### Trabajador social clínico

La formación de este profesional otorga una fuerte importancia al trabajo social, así como la intervención en comunidades con la gente y con la coordinación de los servicios diseñados para hacer frente a todas las necesidades y problemas de las personas, más allá de las que han sido recibidas en la psicoterapia o en la atención por medicación.

Nota. Adaptado de *Introducción a la Psicología Clínica* [Ilustración], por Compas, B. y Gotlib, E., 2003, McGraw Hill, CC BY 4.0.

Es, por tanto, necesario mencionar que, en la cotidianidad y con frecuencia, algunas personas suelen confundir por error la psicología clínica y la psiquiatría, en este contexto, es preciso que reflexione sobre:

## **¿Cuáles son las principales similitudes y diferencias entre la psicología clínica y la psiquiatría?**

### **¿Cuáles son las funciones del psicólogo clínico y del psiquiatra?**

Para dar respuesta a las interrogantes planteadas, le invito a revisar el Recurso Educativo Abierto denominado: [Psicología clínica y psiquiatría](#) (Papeles del psicólogo, 2003)

El propósito pedagógico del artículo, es que logre identificar y comprender las principales similitudes y diferencias de estas dos disciplinas. Una vez revisado, es importante que realice un cuadro comparativo sobre la psicología clínica y la psiquiatría.

¿Le pareció interesante el recurso? Es hora de destacar los aspectos relacionados con la psicología clínica y la psiquiatría; al respecto, la EFPA (2003), concluye que:

- El objeto de estudio de la psicología clínica y de la psiquiatría es el trastorno mental. Las clasificaciones internacionales de las alteraciones psicopatológicas que son objeto tanto de la psicología clínica como de psiquiatría se organizan en torno al concepto de trastorno mental y no en términos de enfermedad. El concepto de trastorno mental se define en términos disfuncionales o de alteración psicológica o comportamental, de tal forma, que su evaluación y diagnóstico se apoya en criterios únicamente psicológicos y comportamentales. La utilización en este campo de la noción de “enfermedad” presenta una ambigüedad que no está exenta de intereses corporativos y que, desde luego, no obedece a la naturaleza de las cosas.
- Las funciones profesionales de los psicólogos clínicos y de los psiquiatras convergen en gran medida en cuanto que tienen el mismo objetivo: los trastornos psicológicos o mentales. Es evidente que el psiquiatra no está suficientemente formado para utilizar con destreza los tratamientos psicológicos ni los instrumentos diagnósticos desarrollados por la investigación psicológica, ni el psicólogo posee la habilitación legal, ni por

ello, la formación necesaria en la misma proporción para hacer uso de terapéuticas farmacológicas. Por ello, y en beneficio de la persona afectada, se impone la cooperación de ambos profesionales en un plano de igualdad.

- Dada la naturaleza del trastorno mental, cualquiera de los dos profesionales, se encuentra suficientemente capacitado para el diagnóstico y el establecimiento de la estrategia terapéutica más conveniente en cada caso. Consiguientemente, no tiene sentido establecer la preeminencia de uno sobre el otro, si no que lo que se impone es la cooperación desde el reconocimiento de las distintas competencias, tal y como se recomienda en las guías de consenso de expertos, internacionalmente aceptadas. Solo el deber deontológico y el responsable ejercicio profesional, en cada caso, deberán aconsejar la búsqueda de cooperación o la remisión del paciente al experto más adecuado, en función de la naturaleza del trastorno (pp. 9-10)

*A manera de conclusión*, cabe destacar que el vínculo de la psicología clínica con otras áreas de la salud mental, reside en la responsabilidad compartida en la investigación psicológica, en tanto que, la especificidad de la psicología clínica involucra la investigación para la comprensión, tratamiento y prevención de la psicopatología. (Compas y Gotlib 2003)

Es importante tener presente que la psicología clínica se diferencia de forma evidente de otras áreas de la salud mental; pero está estrechamente **relacionada con los demás ámbitos de la psicología**, como se evidencia de manera gráfica en la siguiente infografía.

#### [Relación de la psicología clínica con otras áreas y ámbitos de la psicología](#)

Con la revisión de esta información, le invito a reflexionar sobre las siguientes preguntas: ¿Con qué áreas de la psicología está vinculada la psicología clínica? ¿Cuál es el objetivo de la psicología educativa y organizacional? ¿Cuál es la finalidad de la psicología social y comunitaria? ¿A qué hace referencia la psicología forense y del deporte?

¿Le pareció interesante este recurso? Al respecto, se debe resaltar que la psicología clínica comparte un conocimiento básico común a toda la psicología, por ello guarda estrecha relación con la psicología educativa, organizacional, social y comunitaria, forense, del deporte, etc.



## Actividades de aprendizaje recomendadas



Estimado estudiante: para mayor comprensión de los temas abordados, desarrolle la siguiente actividad que le ayudará a profundizar sus conocimientos y a la adquisición de las competencias requeridas en esta asignatura:

### **Actividad: analice críticamente el caso Ronald:**

#### **Caso Ronald**

#### **Planteamiento del caso:**

Ronald, un hombre soltero de 42 años, ha vivido en hospitales estatales más o menos desde la muerte de su padre, cinco años atrás. Como hermano menor, su familia observó que era extremadamente tímido y retraído. Aunque claramente estaba unido a ellos; no le gustaba abrazar, besar o alguna otra expresión de efecto. En la escuela tendía a ser solitario y aunque funcionaba en un nivel promedio, sus padres lo consideraban como brillante y creativo porque había leído una gran cantidad de libros, poseía un amplio vocabulario y disfrutaba de diversos juegos intelectuales. También le gustaba inventar cosas. En preparatoria, inventó un nuevo alfabeto que se suponía sería más funcional fonéticamente que el de uso actual. Aunque trató de explicar sus principios básicos, nadie pareció entenderlo. Algunas veces sus padres no podían determinar si era difícil entenderlo debido a que era mucho más inteligente que ellos o si su pensamiento era desorganizado simplemente.

Durante la preparatoria, Ronald no participó en ninguna liga, no tenía amigos y nunca tuvo una cita romántica. Ingresó a la universidad, pero se dio de baja al finalizar el primer semestre debido a sus malas calificaciones. Regresó a vivir con sus padres, pero a pesar de los repetidos esfuerzos por sacarlo de casa y de que realizara diversos tipos de trabajos, nunca fue capaz de persistir y de llevar a cabo alguna tarea de forma confiable. Se vio cada vez más absorbido por un mundo de fantasías y pasaba la mayor parte de su tiempo en una “comunicación intergaláctica”. Decía que recibía mensajes de una galaxia desconocida en un lenguaje especial que solo él podía entender. Estos mensajes que escuchaba, como si fueran voces, que le hablaban desde dentro de su cabeza, describían eventos en la lejana galaxia de Atán. A medida que crecía, parecía perder interés en comentar con otras personas acerca de su mundo interior y de las voces que escuchaba. Nunca le interesó su apariencia y se volvió descuidado. Mostró tendencia a usar ropa y estilos de peinado muy extraños. [...]

Ronald fue hospitalizado brevemente después de volver a casa de la universidad, y se le administraron antipsicóticos que lo ayudaron muy poco. Era incapaz de dar seguimiento a las tareas, desarrolló un retiro social extremo y se preocupó completamente por su mundo de fantasías. Después de la muerte de su madre, cuando él tenía 32 años, requirió una nueva hospitalización. Altas dosis de antipsicóticos parecieron ayudar temporalmente, pero no tuvieron efectos duraderos. Tenía 36 años en el momento de fallecer su padre. Vivió solo en su casa durante el siguiente año, pero fue finalmente hospitalizado, después de que varias quejas de los vecinos atrajeron la atención de agencias comunitarias. Había vivido en la casa durante el último año sin haber lavado nada de ropa, sin sacar la basura o lavar los platos. La casa gradualmente se llenó de comida podrida, desperdicios y periódicos viejos. Se internó en una institución de cuidado crónico porque era incapaz de funcionar de manera independiente (Ho y cols., 2003, como se citó en Sarason y Sarason, 2006, pp. 282-283)

## Estrategias de trabajo:

- Para el análisis del caso, revise con detenimiento la unidad 1. Una mirada a la psicología clínica, específicamente el apartado de la psicología clínica y otras áreas de la salud mental. Subraye las ideas principales.
- Amplíe la información en el Recurso Educativo Abierto denominado: [Psicología clínica y psiquiatría](#) (Papeles del psicólogo, 2003)
- Lea la descripción del caso y responda con argumentos a las preguntas asociadas.

**Preguntas.** En la intervención del caso Ronald:

1. ¿Cuál es el principal objetivo del psicólogo clínico?
2. ¿Cuál sería el objetivo primordial del psiquiatra?
3. ¿En qué confluyen las funciones del psicólogo clínico y del psiquiatra?

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

## Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



### Semana 2

#### Unidad 1. Una mirada a la psicología clínica

Estimado estudiante: avanzando con los contenidos de la unidad 1, en la presente semana conocerá y comprenderá los diferentes roles de los psicólogos clínicos; así como los escenarios en los que se desempeña.

¡Empezamos!



### 1.3. ¿Qué hacen los psicólogos clínicos y dónde lo hacen?

En este interesante aspecto, la literatura refiere que los **psicólogos clínicos se desempeñan en diferentes roles y por ende en tareas** como parte de su trabajo, en este contexto, sus tareas están inmersas en varios ámbitos como se muestra sintéticamente en la imagen 3.



**Figura 3**

**Tareas del psicólogo clínico**

**Tareas**

**Investigación:** Es variada en diferentes proyectos, que van desde investigaciones de problemas que pueden observarse e investigarse en animales en un laboratorio, hasta la eficacia de psicoterapia en un problema clínico específico, por ejemplo, investigar sobre la naturaleza y desarrollo de trastornos de ansiedad.

**Enseñanza:** El psicólogo clínico puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza en colegios y universidades, tanto en cursos de graduación facultativa, como de postgrado, en áreas de personalidad, psicopatología, psicóloga anormal, evaluación clínica, psico-diagnóstico, psicoterapia, etc., como con estudiantes de otras especializaciones.

**Evaluación:** El psicólogo clínico recoge información relativa a los aspectos conductuales, funcionamiento cognitivo y estado emocional de las personas, familia o colectivos, mediante la admiración y la interpretación de pruebas psicológicas estandarizadas. Utilizando entrevistas clínicas estructuradas, observación del comportamiento y análisis del ambiente en el que funciona el cliente.

**Tratamiento:** Supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta u otros. El tratamiento puede ser conducido de forma individual (niños, adolescentes, adultos), con parejas, familia o grupos con problemas similares..

**Consultoría:** Ofrecen su servicio por medio de consejo experto o consultoría a otros profesionales. Por ejemplo, en un colegio proporciona orientación y guía a maestros y orientadores, quienes a su vez intervienen directamente con los adolescentes y/o padres de familia. Es posible también, que psicólogos clínicos brinden este servicio a negocios o empresas con alto porcentajes de empleados con abuso de alcohol u otros problemas.

**Administración:** Puede desempeñarse como director de programas de entrenamiento en psicología clínica, en universidades como director del departamento de psicología, director de un centro de salud mental, director de servicios psicológicos de un hospital o de instituciones de apoyo de salud.

**Prevención:** Busca mejorar los comportamientos saludables, reducir aquellos que pueden conducir a la patología y promover conductas y actitudes adaptativas, para ello desarrolla programas que incluyen la enseñanza de habilidades sociales para los niños de edad escolar, la enseñanza a adultos en diferentes formas para enfrentar el estrés relativo al trabajo y prevenir sus consecuencias, la colaboración con familiares que enfrentan las enfermedades y los efectos secundarios.

Nota. Adaptado de *Introducción a la Psicología Clínica* [Ilustración], por Compas, B. y Gotlib, E., 2003, McGraw Hill, CC BY 4.0.

Como se puede apreciar, los psicólogos clínicos se desempeñan en diferentes roles o tareas, sus funciones varían tanto en el campo de la psicología como en el espacio donde las realizan. Estos profesionales participan en actividades relacionadas con la investigación, enseñanza, evaluación, tratamiento, administración, etc.

Por lo mencionado, **su trabajo lo pueden desempeñar en diversos contextos**, entre estos se incluye la práctica privada, universidades, hospitales de atención general y psiquiátricos, etc.; como se muestra sintéticamente en la imagen 4.



**Figura 4**

Lugares en los que trabaja el psicólogo clínico

Lugares en los cuales trabajan los psicólogos clínicos		
Lugar	Actividad principal	Responsabilidades básicas
Universidad o colegio	Profesor	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enseñanza.</li><li>• Investigación.</li><li>• Supervisión del entrenamiento clínico.</li></ul>
Centro de salud mental	Psicólogo clínico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación.</li><li>• Diagnóstico</li><li>• Tratamiento (psicoterapia)</li><li>• Administración.</li></ul>
Hospital médico	Psicólogo clínico. Psicólogo médico. Psicólogo en rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación</li><li>• Diagnóstico</li><li>• Tratamiento (psicoterapia)</li><li>• Consultoría de enlace a los profesionales médicos.</li></ul>
Hospital psiquiátrico	Psicólogo clínico.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación.</li><li>• Diagnóstico.</li><li>• Tratamiento (psicoterapia).</li></ul>
Práctica independiente	Psicólogo clínico.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación.</li><li>• Diagnóstico.</li><li>• Tratamiento (psicoterapia).</li></ul>

Nota. Adaptado de *Introducción a la Psicología Clínica* (p. 13) [Ilustración], por Compas, B. y Gotlib, E., 2003, McGraw Hill, CC BY 4.0.

En esta misma línea, autores como Amorós (1980); Escudero, Ibáñez, Larraz, Pascual, Penedo y Viña (2003); García, Piquer, Rivero, Ramos y Oblitas (2008), coinciden en señalar como tareas del psicólogo, entre otras: el diagnóstico, tratamiento, prevención de las enfermedades mentales, trastornos emocionales o de la personalidad y problemas del comportamiento humano; así como su amplio aporte en investigación.

Como se ha podido apreciar, el psicólogo clínico utiliza sus conocimientos, habilidades, técnicas e instrumentos proporcionados por la psicología y ciencias afines, para abordar los trastornos y cualquier comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad; con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que puedan manifestarse; para esto, su trabajo lo desarrolla en diferentes escenarios.

#### **1.4. El surgimiento de la psicología clínica dentro del campo de la psicología**

Para lograr una comprensión más amplia sobre los aspectos relacionados con el campo de la psicología clínica, el rol y el ámbito de acción de los clínicos, así como la relación de esta disciplina con otras áreas de la salud mental, es necesario conocer la historia de la psicología clínica, por ello le invito a que responda a las siguientes interrogantes:

##### **¿Cómo surge la psicología clínica dentro del campo de la psicología?**

##### **En la historia de la psicología clínica, ¿cuáles son los principales aportes de Lightner Witmer, Emil Kraepelin, Alfred Binet?**

Para responder a las preguntas con argumentos científicos, le recomiendo revisar el Recurso Educativo Abierto: Un paseo por la historia de la psicología clínica y de la salud: entrevista a Helio Carpintero (González, 2008), disponible en: [Revista ScieELO: Clínica y Salud](#). Esta temática se encuentra ampliamente desarrollada.

El propósito pedagógico del artículo, es que reconozca e identifique los principales antecedentes de la psicología clínica. Una vez revisado, es preciso que subraye las ideas principales y responda a las interrogantes planteadas.

Estoy segura de que después de la lectura analítica del artículo respondió acertadamente a las interrogantes, pues bien, ahora revisemos algunas conclusiones basadas en la literatura existente sobre cómo surge la psicología clínica dentro del campo de la psicología, en este marco, se puede evidenciar que:

Al psiquiatra Lightner Witmer se le considera el fundador de la psicología clínica en Estados Unidos, pues en 1986 fundó la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania, dedicada al tratamiento de niños con problemas de aprendizaje. El desarrollo de la psicología se vio fuertemente influenciada por la necesidad de que psicólogos proporcionaran sus servicios durante la Primera Guerra Mundial, desarrollando pruebas de capacidad mental para futuros soldados; así como suministrar tratamiento para la neurosis de guerra o actualmente denominado como trastorno de estrés postraumático, esto, durante la Segunda Guerra Mundial. (Compas y Gotlib 2003)

También se debe considerar al grupo de especialistas que se reunió en Boulder, en la Universidad de Colorado, para definir el modelo de acción (el “modelo de Boulder”) que hace referencia a cómo debe formarse un psicólogo (investigador-técnico-práctico); también se debe tener presente, entre otros investigadores, a: Kraepelin, quien estudió experimentalmente los procesos mentales como la fatiga (muy significativo para la psicología aplicada). A Binet, que desarrolló la primera escala de inteligencia; así también a Kanner, con su inicial aporte al síndrome de autismo. Posteriormente, al gran logro de las sucesivas ediciones del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) que se han realizado gracias al aporte de numerosos profesionales. (González, 2008)

En este sentido, López (2013), afirma que la psicología clínica “es una disciplina científica-profesional con historia e identidad propia, que proporciona modelos conceptuales explicativos de los trastornos mentales y del comportamiento, así como las estrategias complementarias o alternativas para la prevención, la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de esos trastornos” (p. 44).



## Actividades de aprendizaje recomendadas

Para una mayor comprensión de los temas abordados, les invito a desarrollar las siguientes actividades:

1. Analice críticamente el caso: niño de 13 años.

### Planteamiento:

Un niño de 13 años tenía problemas de conducta y aprovechamiento en la escuela, formó parte de algunas sesiones de terapia familiar. La comunicación en la familia era en tono negativo, con fuertes tendencias a la culpabilidad. Muy cerca del final de la sesión, el niño de repente tuvo una crisis y comenzó a llorar, "Yo no quiero ser como ella". Se refería a su mamá, que había recibido tratamiento para la esquizofrenia y tomaba medicamentos antipsicóticos. Con frecuencia se había sentido asustado por el comportamiento extraño de ella y le preocupaba que sus amigos "se dieran cuenta" de esta condición. Pero, su mayor temor era que este trastorno fuera hereditario. Entre sollozos miró al terapeuta y le preguntó, "¿Yo también voy a estar loco?" (Sue, Wing Sue y Sue, 2014, p.374).

### Estrategias de trabajo:

- Para el análisis del caso, utilice el fundamento teórico que ha estudiado en la unidad 1. Una mirada a la psicología clínica, puede consultar otras fuentes bibliográficas confiables de su elección.
- Analice el caso y responda con argumentos a las preguntas asociadas al caso.

### Preguntas:

Explique ¿Cuál es la actividad principal que cumple el psicólogo clínico, en este caso?

¿Cuál sería la responsabilidad básica del clínico en esta situación?

¿Qué lugar o contexto sería el propicio para desempeñar la función que identificó?

**2. Realice un cuadro explicativo con situaciones reales o simuladas en donde se puedan evidenciar las tareas del psicólogo clínico: evaluación, prevención, consultoría y educación; indique también el contexto en que se realiza dicha tarea.**



#### Estrategias de trabajo:

- Lea detenidamente la unidad 1. Una mirada a la psicología clínica, analice con mayor profundidad el apartado ¿Cuál es el campo de acción del psicólogo clínico y dónde lo ejerce?
- Subraye las ideas principales, escriba situaciones reales o simuladas en donde se puedan evidenciar las tareas del psicólogo clínico y el lugar en el que se ejercen.
- Elabore el cuadro explicativo donde se puedan visualizar las situaciones y el lugar en el que se lleva a cabo.

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

#### ¡Importante!

Lo invito a realizar la autoevaluación que le permitirá visualizar el nivel de conocimientos alcanzados en esta unidad. Si obtiene el 100% de logros, pueden continuar con el estudio, de lo contrario revise nuevamente las temáticas, pues requieren ser reforzadas.



#### Autoevaluación 1

**En las siguientes preguntas, seleccione la respuesta correcta:**

1. Emily es referida a consulta porque presenta miedos irrationales que están influyendo y limitando todos los ámbitos de su vida (personal, familiar, laboral, etc.); el psicólogo clínico encargado del caso recoge

información referente a aspectos conductuales, funcionamiento cognitivo, mediante la admiración y la interpretación de pruebas psicológicas; utilizando también entrevistas clínicas estructuradas, observación del comportamiento y análisis del ambiente en el que funciona el Emily. ¿A qué tipo de tarea hace referencia el ejemplo?



- a. Evaluación.
- b. Tratamiento.
- c. Consultoría.



2. Silvana, una psicóloga clínica, plantea a los padres de Juan, un niño de 5 años de edad, que presenta ansiedad de separación, llevar a cabo 10 sesiones de psicoterapia familiar sistémica, con la finalidad de tratar y aliviar los problemas emocionales y conductuales de la niña. ¿Qué tipo de tarea llevará a cabo Francisco?

- a. Evaluación.
- b. Tratamiento.
- c. Consultoría.

3. En la historia de la psicología clínica, ¿cuál fue el principal aporte de Alfred Binet?

1. Contribuyó significativamente al estudio del síndrome de autismo.
2. Desarrolló la primera escala de inteligencia.
3. Estudió experimentalmente los procesos mentales como la fatiga.
4. ¿En qué aspecto coinciden las funciones del psicólogo clínico y el psiquiatra?

1. En la formación de estos profesionales se otorga una fuerte importancia al trabajo social.
2. Tienen el mismo objetivo: los trastornos psicológicos o mentales.



3. Tienen la facultad de prescribir medicamentos psicotrópicos para el tratamiento de patologías.
5. Surge por las necesidades sociales que emergen debido a una mayor especialización y equidad en los procesos jurídicos y sociales ante las instituciones que el poder designa para regular a la misma sociedad; en este contexto, aplica la psicología a la investigación criminal y a la evaluación de los posibles delincuentes. ¿A qué disciplina hace referencia el enunciado?
1. Psicología forense.
  2. Psicología clínica.
  3. Psicología clínica y de la salud.
6. A Lightner Witmer, ¿por qué se le considera como el fundador de la psicología clínica?
- a. Fundó el primer laboratorio de psicología experimental en 1879 en Leipzig, Alemania.
  - b. Fundó la primera clínica psicológica, dedicada al tratamiento de niños con problemas de aprendizaje.
  - c. Desarrolló las primeras pruebas de capacidad mental para futuros soldados, durante la Primera Guerra Mundial.
7. Son profesionales de la salud mental que tienen como objetivo los trastornos psicológicos o mentales, así como la facultad de prescribir medicamentos psicotrópicos para el tratamiento de patologías. ¿A qué profesionales hace referencia el enunciado?
- a. Psicólogos clínicos.
  - b. Enfermeras psiquiátricas.
  - c. Psiquiatría.
8. Campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por esta, para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir los

trastornos mentales u otro comportamiento relevante, para los procesos de la salud y enfermedad en los distintos contextos. ¿A qué disciplina hace referencia el enunciado?



- a. Psicología educativa.
- b. Psicología clínica y de la salud.
- c. Psiquiatría.



9. Escoja el literal con la opción de respuesta que complete correctamente el enunciado, siguiendo el mismo orden.



El psicólogo clínico utiliza sus conocimientos, habilidades, \_\_\_\_\_ e instrumentos proporcionados por la psicología y ciencias afines a los trastornos y a cualquier comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad; con la finalidad de \_\_\_, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o \_\_\_\_\_ trastornos.



- a. Técnicas- evaluar- prevenir.
- b. Procedimientos- clasificar- asesorar.
- c. Métodos- especificar- prevenir.



10. Estudios han determinado que la terapia cognitiva es un tratamiento eficaz en el abordaje del trastorno de pánico. ¿En qué tarea de los psicólogos estará inmersa a realizar dichos estudios que permitirán establecer la eficacia de dicha terapia?



- a. Evaluación.
- b. Tratamiento.
- c. Investigación.

[Ir al solucionario](#)

## **Resultado de aprendizaje 3:**

Planifica y ejecuta las fases del proceso de investigación en psicología clínica.

Estimado estudiante: el presente resultado de aprendizaje le permitirá comprender la importancia de la investigación en la psicología clínica, así conseguirá conocer, planificar y ejecutar las fases del proceso de investigación.

Lo invito a tener presente que, para una mejor comprensión de los contenidos, contará con diferentes recursos educativos, actividades calificadas y recomendadas que le permitirán profundizar e interiorizar las temáticas.

### **Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas**

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



### **Semana 3**

#### **Unidad 2. Métodos de investigación en la psicología clínica**

Es momento de iniciar con el análisis de los métodos de investigación en psicología clínica, en este contexto, es importante tener presente que una de las principales preocupaciones del quehacer clínico es contar con la evidencia científica que dé crédito de los resultados obtenidos en su intervención o práctica clínica.

##### **2.1. El papel de la investigación en la psicología clínica**

Al iniciar con esta unidad, es importante reflexionar sobre ¿Qué papel cumple la investigación en la psicología clínica?



Su reflexión es importante, al respecto es necesario resaltar que la mayoría de autores consultados coinciden que la investigación ofrece a los psicólogos clínicos:

- Una plataforma de conocimientos para entender los fenómenos de interés, incluyendo la psicopatología, la salud mental y la relación entre factores psicológicos y enfermedad física.
  - Evidencias para guiar la práctica clínica, incluyendo métodos empíricamente validados que evalúan a los individuos y sus problemas, así como métodos sustentados empíricamente de prevención y tratamiento.
  - Estudios de validación y confiabilidad de las pruebas psicológicas y de otros métodos de evaluación clínica.
  - La posibilidad de identificar y determinar la efectividad y eficacia de tratamientos, intervenciones o formas de tratamientos alternativos.
  - Ideas que guien las nuevas direcciones y las aplicaciones en el campo de la psicología clínica, incluyendo vínculos entre la psicología clínica y la investigación en otras ciencias conductuales, biológicas y sociales.
- (Compas y Gotlib 2003, pp.64-65)

La investigación en psicología clínica es muy amplia, va desde proyectos de investigación de problemas que pueden estudiarse y observarse en animales en un laboratorio, hasta la eficacia de determinada psicoterapia. Para la investigación, los expertos utilizan diversidad de diseños que van desde el caso único (estudio de un solo individuo), a estudios de gran escala en diversos escenarios (laboratorios experimentales controlados o naturales, como: hospitales, escuelas, comunidad) que involucran a cientos o miles de participantes.

Cabe mencionar, que en la psicología clínica se sigue un proceso de investigación que se estudiará a continuación.

## 2.2. El proceso de la investigación

Continúe con el desarrollo del aprendizaje de los temas de esta semana, para lo que es importante que reflexione sobre:

¿Cuál es el proceso de investigación en psicología clínica?

Luego de su reflexión y basándose en la literatura investigada, se puede subrayar que el proceso de investigación en la psicología clínica inicia con el diseño de una pregunta y la búsqueda de respuesta a esta pregunta implica seis pasos, como se refiere de manera sintética en la imagen 5.

**Figura 5**

Pasos del proceso de investigación



Nota. Adaptado de *Introducción a la Psicología Clínica* [Ilustración], por Compas, B. y Gotlib, E., 2003, McGraw Hill, CC BY 4.0.

A continuación, a manera de resumen y de acuerdo con los aportes de Compas y Gotlib (2003), se explica brevemente cada uno de los pasos:

**1. Generación de hipótesis:** toda investigación en psicología inicia con una pregunta que requiere una respuesta.

Por ejemplo: ¿Qué papel desempeña la pobreza en la psicopatología? (McLyd, 1988). Para ser objetivo de investigación científica, la pregunta necesita aclararse en una hipótesis, la que va más allá de una pregunta, ya que refleja la idea mejor argumentada del investigador. Las hipótesis pueden surgir de tres fuentes: observación cuidadosa de uno o varios casos clínicos, una teoría interesada en la conducta humana y finalmente resultados de investigaciones previas. Una hipótesis puede probarse con el fin de determinar si la hipótesis es nula, (es decir, que no existe diferencia o relación entre las variables estudiadas), o puede rechazarse con cierto grado de certeza o probabilidad estadística.

**2. Medición de las variables claves:** una vez desarrollado un conjunto de hipótesis, el siguiente reto del investigador es determinar cómo medir las variables o constructos que son objeto de estudio. La medición de las variables involucra la evaluación de las características de los pensamientos, las emociones, la conducta y la fisiología de la gente y los ambientes en los que se desenvuelve; para esto, el investigador debe tomar decisiones y determinar: 1. Medir solo los factores importantes para sus hipótesis. 2. Los métodos de investigación que va a utilizar en su investigación y 3.

Si en investigaciones previas se han utilizado mediciones (inteligencia o personalidad) que gocen de confiabilidad y validez, o si es necesario construir nuevas mediciones acordes con las metas de estudio.

**3. Selección de un diseño de investigación:** el psicólogo clínico deberá decidir cuál es la mejor manera de proceder para recoger datos que le permitan solucionar el problema de la investigación planteado, puede utilizar diferentes tipos de diseños de investigación, incluyendo el caso único, descriptivos, correlacionales y experimentales (posteriormente se hará una breve descripción de cada diseño).

- 
- 4. Selección de una muestra:** consiste en determinar los participantes de un estudio, una vez que este ha sido diseñado; la muestra debe ser representativa (mostrar características idénticas, o por lo menos no lo suficientemente distintas de la población). Si no es representativa, los resultados del estudio pueden sesgarse o influirse por las características de la muestra.
  - 5. Comprobación de hipótesis:** una vez que se ha completado un estudio y que se han recabado los datos, los psicólogos utilizan las estadísticas inferenciales; el tipo de procedimiento estadístico que se use dependerá del diseño de investigación empleado para evaluar el grado en que se ha rechazado la hipótesis nula.
  - 6. Interpretación y difusión de resultados:** el último paso del proceso de investigación es colocar en un contexto más amplio el significado o implicaciones de un estudio. Por ejemplo: ¿Cuáles son las consecuencias de los hallazgos para entender la naturaleza, causas y curso de los problemas psicológicos?, y ¿cuáles son las implicaciones para la prevención o tratamiento de la psicopatología? Los resultados de la investigación a menudo son divulgados a través de medios reconocidos por la comunidad científica. (pp.65-82).

Una vez analizados los pasos que comprende el proceso de investigación, estará mejor preparado para realizar las actividades recomendadas que se sugieren a continuación.



### Actividades de aprendizaje recomendadas

**Actividad 1.** Realice un cuadro explicativo sobre los pasos del proceso de investigación en psicología clínica, en el que incluya ejemplos.

#### Estrategias de trabajo:

- Realice una lectura minuciosa de la unidad 2. Métodos de investigación en la psicología clínica; centre su atención en el proceso de la investigación en psicología clínica.
- Subraye las ideas principales de cada uno de los pasos.

- Amplíe la información en otras fuentes bibliográficas, sobre todo, centrándose en la bibliografía complementaria.
- Elabore el cuadro explicativo en el que ilustre con ejemplos los pasos.

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

## Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



### Semana 4

#### Unidad 2. Métodos de investigación en la psicología clínica

Sigamos con el abordaje de la Unidad 2. Métodos de investigación en la psicología clínica. El estudio de los temas que se proponen en esta semana es una base importante que le permitirá comprender los aspectos claves de los tipos de diseños de investigación; así como, los aspectos éticos de la investigación en psicología clínica y finalmente los retos de la investigación.

#### 2.3. Tipos de diseños de investigación en psicología clínica

Al revisar la literatura, se puede apreciar que los psicólogos clínicos utilizan diversos tipos de diseños de investigación, que incluyen:

los diseños de caso único, métodos descriptivos, correlacionales y experimentales, todos ellos, con el objetivo de indagar sobre la naturaleza y las causas de la psicopatología, la construcción y desarrollo de pruebas de personalidad y conducta, así como, la efectividad de terapias y otras formas de intervención para aliviar o prevenir los problemas psicológicos. (Compas y Gotlib 2003)

Con esta breve introducción es momento de continuar con el estudio; para ello, le invito a que responda a la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características del diseño de estudio de caso único, método descriptivo, correlacional y experimental?

Con el fin de que observe gráficamente las principales características de los diseños de investigación, le invito a revisar la siguiente infografía denominada “Principales diseños de investigación en psicología clínica” (Compas y Gotlib, 2003).

### Principales diseños de investigación en psicología clínica

Con la revisión de esta información, podrá reflexionar sobre las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las principales características del diseño de caso único? ¿En qué se diferencian los diseños descriptivos, correlacionales y experimentales?

Luego de la revisión de la infografía, es necesario que también complemente la información investigando en fuentes confiables, sobre todo de la bibliografía complementaria.

De hecho, estos temas deben de haberle parecido muy instructivos; como pudo darse cuenta, los diseños de estudio de caso proporcionan descripciones de los individuos estudiados a través de varias observaciones, en tanto que, los estudios de correlación brindan información acerca de cuán importante es la relación o asociación entre variables, pero, al igual que en los de estudio de caso, no muestran causa y efecto; mientras que, los estudios experimentales permiten inferir causalidad.

## 2.4. Un ejemplo de investigación en psicología clínica

La literatura refiere, que existe diversidad de investigaciones importantes dentro del ámbito de la psicología clínica, así pues, Bados (2008) sugiere que pueden ser:

La construcción y validación de pruebas psicométricas, el estudio de las causas y consecuencias de los trastornos psicológicos, la comparación de tratamientos psicológicos y farmacológicos de distintos trastornos (por ejemplo: depresión), el estudio de la eficacia de determinadas estrategias para mantener los resultados del tratamiento, el análisis de la eficacia de ciertos tratamientos con menor participación del

terapeuta, el estudio de la relación entre ciertas características y comportamientos del terapeuta y los resultados del tratamiento, la eficacia comparativa de tratamientos estandarizados e individualizados, la determinación del valor pronóstico de determinadas variables, el estudio de los mecanismos responsables de la eficacia de un determinado tratamiento, etc.(p.6)

Dentro de este marco, Compas y Gotlib (2003), ofrecen un **ejemplo interesante de investigación sobre el trastorno de pánico**, que ilustra muy bien la investigación sistemática y programática, que permitió a los expertos entender la naturaleza, causas, curso y tratamiento del trastorno.

### Caso clínico Janis

Janis se encuentra en la mesa de auscultación de la sala de urgencias del hospital universitario por cuarta vez en los dos últimos meses. Su último año en la universidad casi ha terminado, pero siente que la escuela y su vida en general están fuera de control.

Ella tenía grandes esperanzas de terminar su licenciatura para luego solicitar un empleo en una importante firma editorial de la ciudad de Nueva York. Ahora teme que no pueda terminar el semestre, ni mucho menos obtener su grado o iniciar su carrera. El problema que la llevó de nuevo a la sala de urgencias hizo que la escuela y el trabajo parecieran insignificantes: tuvo una sensación abrumadora de que iba a morir por un ataque cardiaco. Le contó al doctor que la atendió, que este episodio ha sido parecido a otros que le ocurrieron antes en este otoño. Dos de sus amigos más cercanos le rentaron una película para verla con ella en su departamento. La película era una comedia romántica que nada tenía de atemorizante. Sin embargo, a los 30 minutos de que inició la película, el corazón de Janis comenzó a palpitar de manera descontrolada y parecía que estaba a punto de estallar en su pecho. Su cuerpo comenzó a temblar y a sudar de manera abundante. A medida que los momentos angustiosos pasaban, empezó a tener dificultades para respirar y sintió que estaba a punto de sofocarse. Sintió un dolor sordo en el pecho y le aterró pensar que estaba sufriendo un ataque cardiaco. Janis comenzó a sollozar,

aterrada por la idea de estar al borde de la muerte. Aunque le era difícil hablar, insistió a sus amigos que llamaran a una ambulancia o la llevaran al hospital. Demasiado asustados de que algo saliera mal si la llevaban, sus amigos llamaron al 911 y esperaron con ella la llegada de la ambulancia.

Cuando llegó al hospital, los síntomas de Janis habían desaparecido y el doctor le proporcionó medicamentos para ayudarla a tranquilizarse. Cuando el doctor entrevistó a Janis acerca de su historia clínica, varios asuntos llamaron su atención. Primero, no había evidencia de que Janis hubiera sufrido un ataque cardíaco en esta o en sus anteriores visitas al hospital. Además, sus registros médicos indicaban que su salud era buena, incluyendo la presión sanguínea y el ritmo cardiaco en reposo. Segundo, Janis tenía una historia de problemas relacionados con la ansiedad que empezaron a la edad de 10 años. Por ejemplo, había sufrido dificultades para hablar en público, como en las presentaciones en clase en la secundaria. Ella recordaba que su madre también había experimentado problemas de ansiedad. La madre de Janis había estado muy enferma cuando Janis era pequeña y a menudo se preocupaba por su salud. La madre también se preocupaba mucho por la salud de Janis y por la posibilidad de que resultara lesionada en un choque automovilístico o en algún otro tipo de accidente.

La tercera, pieza de información digna de atención en su relato, fue que Janis empezó a fumar desde que tenía 17 años y que en la actualidad fumaba entre ocho y 10 cigarrillos al día. Había intentado dejar de fumar muchas veces porque conocía bien todos los riesgos de salud asociados con el tabaquismo. Sin embargo, explicó, fumar era una de las pocas actividades que parecían calmarla cuando se sentía tensa o nerviosa.

Janis informó que se había vuelto cada vez más retraída y ansiosa en el último mes. Ahora evitaba los lugares en los cuales habían ocurrido los episodios previos; por ejemplo, como uno de los incidentes se produjo en una sala cinematográfica, y aunque a Janis le encantaba el cine, decidió que ya no iría a ninguna sala por temor a que ocurriera otro episodio. De hecho, su miedo a tener otros incidentes se estaba tornando tan amenazante, que, a menudo, encontraba difícil pensar en otro asunto. (Compas y Gotlib, 2003, pp.64-65)

A continuación, se presenta una tabla que resume los tipos de investigación ejecutados para el trastorno de pánico; referido por Compas y Gotlib (2003):

**Tabla 1**  
*Investigación sobre el trastorno de pánico*

Tipos y/o tratamiento	Características
Epidemiológica	Determina la prevalencia, incidencia (tasa de nuevos casos), ocurrencia y distribución de un trastorno en una población dada. En Janis se determinó la prevalencia del trastorno de pánico (TP). Los hallazgos del ENC sugieren que el TP tiene una prevalencia relativamente alta y una elevada proporción en mujeres, en relación a los hombres; indica que el caso de Janis puede ser relativamente típico. (Kessler et al., 1998).
Correlacional	En el ejemplo de Janis se determina la relación del trastorno de pánico con otros trastornos o sucesos. Varios estudios correlacionales han encontrado que los individuos que sufren de TP presentan mayor probabilidad de que sus familiares en primer grado, padres y hermanos sufran trastornos de ansiedad (Goldstein et al., 1994; Goldstein, et al., 1997). Por ello, en Janis los problemas de ansiedad de la madre sugieren una historia familiar positiva para el trastorno de ansiedad. Otros estudios han demostrado que la ansiedad es un factor de riesgo para el desarrollo del TP; así un estudio longitudinal con jóvenes adultos (Schmidt, et al., 1999), encontraron que los niveles elevados de sensibilidad a la ansiedad predicen ataques de pánico posteriores y el desarrollo del TP.
Experimental	Es difícil conducir investigación experimental sobre la psicopatología, porque no es ético crear de manera experimental un trastorno psicológico. Sin embargo, si se toman las precauciones adecuadas, los investigadores pueden crear análogos o imitaciones de experiencias relacionadas con la psicopatología. Al respecto, Beek y Griez (2000), en su estudio hallaron que los familiares en primer grado de los pacientes con TP, también eran más reactivos a un desafío con CO <sub>2</sub> que los sujetos del grupo de control. Janis parece exhibir esta sensibilidad en lo que se refiere a su ritmo cardiaco y a su respiración.
Tratamiento	Los estudios han determinado que existen dos tratamientos eficaces en el abordaje del TP: la terapia cognitiva (desarrollada por David Clark y sus colegas en la Oxford University) y la terapia de control del pánico, que es un tratamiento conductual (creada por David Barlow en la Boston University). Esos hallazgos proporcionan evidencia sólida de que existen tratamientos sumamente eficaces para ayudar a Janis a superar su trastorno.

*Nota.* Adaptado de *Introducción a la psicología Clínica* (p. 83 – 87), por Compas, B. y Gotlib, I., 2003, McGraw Hill.

Como se ha podido apreciar y considerando la literatura consultada, se puede concluir que, al utilizar diferentes métodos de investigación, los psicólogos clínicos han realizado aportes significativos en el estudio científico de la conducta. La investigación en psicología clínica permite identificar las prioridades para progresar en el conocimiento y comprensión de los procesos psicopatológicos, el tratamiento de los mismos, así como los programas de prevención y sobre todo dar mayor realce a los aspectos de promoción de la salud mental.

## 2.5. Aspectos éticos de la investigación

Una vez conocida la importancia de la investigación en la psicología clínica, es momento de continuar con el estudio de los temas de la semana, para ello, le sugiero que investigue en fuentes confiables y conteste la siguiente pregunta:

**Toda investigación, sea con personas o animales ¿Debe contar con principios que protejan el bienestar de los participantes?**

Su reflexión es importante en torno a la pregunta mencionada, como complemento a su lectura, conviene mencionar lo expresado por Sarason y Sarason (2006), quienes destacan que la investigación en el campo de la psicología está regida por varias consideraciones éticas y regulaciones que protegen a los participantes, así:

- Los investigadores no deben tratar a las personas sin su consentimiento informado y por escrito, jamás deben tratarlos de alguna manera que pueda causarles daño físico o psicológico.
- Se debe informar a los sujetos potenciales sobre la naturaleza del experimento y cualquier riesgo que pudiera existir.
- Se les debe dar la oportunidad de retirarse, y si llegara a emplearse cualquier tipo de engaño, deberá proporcionarles una explicación sobre los procedimientos una vez concluido el experimento.
- Toda la información que se obtenga de la investigación debe mantenerse bajo estricta confidencialidad, de modo que ninguna persona fuera de los investigadores conozca las respuestas de los participantes. (42)

Como se ha podido apreciar y considerando la literatura, se puede concluir que: toda investigación en el ámbito de la psicología clínica debe guiarse por principios éticos que protejan el bienestar y la integridad de los participantes.

## 2.6. Retos de la investigación

En la actualidad es notoria la importancia del bienestar mental y la magnitud e impacto que suponen los trastornos mentales en diversos niveles y sistemas, lo cual pone sobre el tapete los numerosos retos que tiene la investigación en el contexto de la salud mental.

Por lo que es oportuno conocer más a fondo los principales desafíos de la investigación en el ámbito de la salud mental en general y de la psicología clínica en particular.

Para profundizar en el tema de la investigación, lea comprensivamente el artículo [Retos de la investigación en la salud mental](#) de Tortella-Feliu, Baños, Barrantes, Botella, Fernández- Aranda, García-Campayo, García-Palacios, Hervás, Jiménez-Murcia, Montorio, Soler, Quero, Valiente y Vázquez (2016).

Este artículo científico le permitirá conocer la importancia de incrementar la investigación de la psicopatología, sobre todo, en los mecanismos y procesos que explican y mantienen estos problemas, para el desarrollo de nuevas intervenciones psicológicas, tanto para la prevención como para el tratamiento y promoción de la salud mental.

La finalidad pedagógica de esta lectura es que logre identificar los principales desafíos de la investigación en el ámbito de la salud mental en general y de la psicología clínica en particular. Por ello, le recomiendo que, una vez que haya realizado la lectura analítica del artículo, extraiga las ideas principales y elabore un resumen en el cual pueda responder a las siguientes interrogantes:

- **¿Por qué es necesario un impulso en la investigación en salud mental?**
- **¿Cuáles son los principales desafíos de la investigación en la psicopatología y salud mental?**

Su reflexión es muy importante. Pues bien, considerando el aporte de Tortella-Feliu et al., (2016), se podría destacar que:

- Es necesario considerar la gran importancia de la salud mental y el impacto de los trastornos mentales; así como las consecuencias de estos a nivel personal, social, económico, político, etc. La presencia de trastornos mentales en la sociedad está alcanzando cifras alarmantes y las previsiones indican que irán en aumento, por lo que no se debe pasar por alto.
- Al respecto los autores hacen un llamado, no solo a defender la necesidad de ampliar los recursos para la investigación en este ámbito, sino también de identificar las prioridades para avanzar en el conocimiento sobre mecanismos y procesos psicopatológicos, que guíen los programas de prevención y tratamiento, sin olvidar los aspectos de promoción de la salud mental.
- Refieren también que son cuatro los ejes principales en los que debe invertir esfuerzos en la investigación psicopatológica: sobre los factores de vulnerabilidad y protección, sobre las trayectorias evolutivas de las manifestaciones psicopatológicas, sobre los procesos y mecanismos trans diagnósticos y sobre el desarrollo de modelos integrativos. (p.40)



## Actividades de aprendizaje recomendadas

Para una mayor comprensión de los temas abordados, le sugiero que desarrolle las siguientes actividades:

1. Analice las situaciones referentes a los diseños de investigación.

### Estrategias de trabajo:

- Para el análisis de las situaciones utilice el fundamento teórico que se ha estudiado en la Unidad 2. Métodos de investigación en la psicología clínica.
- Realice una consulta bibliográfica en fuentes confiables de la web que le permita complementar los contenidos de la guía didáctica.

- Responda la interrogante asociada a las situaciones; tenga presente que las respuestas deben tener argumentación científica.



Planteamiento de las situaciones:



La influencia de la funcionalidad familiar en la percepción del estrés y el afrontamiento en adolescentes. Estudio a realizarse en la ciudad de Cuenca, durante el año 2019. El estudio ¿A qué diseño de investigación hace referencia?



Un psicólogo tiene como finalidad investigar qué factores académicos influyen en el aprendizaje de las matemáticas en los alumnos de cuarto año de educación básica de la Unidad Educativa "San Rafael" cohorte EI 2020. El ejemplo ¿A qué tipo de diseño de investigación hace referencia?



2. Complete el cuadro comparativo de los diseños de investigación en psicología.



### Estrategias de trabajo:



- Para completar el cuadro comparativo, utilice el fundamento teórico que ha estudiado en la Unidad 2. Métodos de investigación en la psicología clínica.
- Revise la infografía denominada: "Principales diseños de investigación en psicología clínica"
- Realice una consulta bibliográfica en la web que le permita complementar los contenidos de la guía didáctica.
- Finalmente, reproduzca y complete el cuadro comparativo de la [actividad dos](#).

¡Importante!

Es hora de visualizar el nivel de conocimientos conseguidos en esta unidad, por ello, lo invito a realizar la autoevaluación. Debe tener presente que, si alcanzó el 100% de logros, puede continuar con el estudio, de lo contrario, revise nuevamente las temáticas, pues requiere ser reforzadas.



## Autoevaluación 2

**En las siguientes preguntas, seleccione la (as) respuestas correctas:**

1. Brinda a los psicólogos clínicos una base de conocimientos para entender los fenómenos de interés, incluyendo la psicopatología, la salud mental y la relación entre factores psicológicos y enfermedad física. ¿A qué hace referencia el enunciado?
  - a. Al papel que cumple la formación científica del psicólogo clínico.
  - b. Al rol del psicólogo clínico en la sociedad.
  - c. Al papel que cumple la investigación en la psicología clínica.
2. Dentro del proceso de investigación en psicología clínica, la fase en la que se decide cuál es la mejor manera de proceder para recoger datos que le permitan solucionar el problema de la investigación planteado, un estudio. Se le conoce como:
  - a. Selección de un diseño de investigación.
  - b. Selección de la muestra.
  - c. Medición de variables.
3. En psicología clínica, ¿qué tipo de investigación busca determinar o evaluar la relación existente entre dos o más conceptos, categorías o variables?
  - a. Experimental.
  - b. Correlacional.
  - c. Descriptiva.
4. ¿Qué tipo de investigación en psicología clínica realiza experimentos controlados para evaluar, la efectividad de una intervención, prevenir o tratar un problema?
  - a. Correlacional.
  - b. Experimental.

- c. Descriptiva
5. En psicología clínica, ¿qué tipo de investigación determina la prevalencia, incidencia (tasa de nuevos casos), ocurrencia y distribución de un trastorno en una población dada?
- a. Epidemiológica.  
b. Experimental.  
c. Descriptiva
6. Una vez armado un conjunto de hipótesis y mediciones apropiadas para evaluar los constructos, el psicólogo clínico estará preparado para diseñar un estudio, para ellos existen diversos diseños de investigación. Uno de ellos centra su estudio en casos individuales de manera controlada. Lo antes indicado ¿A qué diseño de investigación en psicología clínica corresponde?
- a. Descriptiva  
b. Caso único.  
c. Experimental.
7. Dentro del proceso de investigación en psicología clínica, a la fase de escoger a los participantes para un estudio, ¿cómo se le conoce?
- a. Comprobación de hipótesis.  
b. Selección de la muestra.  
c. Interpretación y difusión de resultados.
8. Toda investigación en psicología inicia con una pregunta, la que requiere una respuesta. Por ejemplo: ¿Qué papel desempeña la pobreza en la psicopatología? Lo mencionado ¿A qué paso del proceso de investigación en psicología clínica hace referencia?
- a. Comprobación de hipótesis.  
b. Selección de un diseño de investigación.  
c. Generación de hipótesis.



9. Existen diversos diseños de investigación. Uno de ellos permite informar sobre la prevalencia o incidencia de una característica humana o un problema en la población. ¿A qué diseño de investigación en psicología clínica corresponde?

- a. Descriptiva.
- b. Experimental.
- c. Correlacional.

10. Las investigaciones han determinado que existen dos tratamientos eficaces en el abordaje del trastorno de pánico. Identifíquelos:

- a. Terapia cognitiva.
- b. Terapia centrada en la persona.
- c. Terapia de control de pánico.
- d. Terapia psicodinámica.

[Ir al solucionario](#)



## Resultado de aprendizaje 4:

Comprende la clasificación de los trastornos mentales establecidos en los principales sistemas de clasificación.

El análisis de las temáticas de la unidad 3, constituye un elemento importante que le facultará para comprender la importancia de la clasificación y la evaluación en psicología clínica; así como conocer los sistemas de clasificación actuales. Para lo cual dispondrá de diversos recursos que le permitirán profundizar e interiorizar en los contenidos.

### Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



### Semana 5

#### Unidad 3. Diagnóstico y clasificación de la psicología clínica

Después de haber concluido con el análisis de los métodos de investigación, es momento de estudiar el diagnóstico y la clasificación en psicología clínica.

Para empezar, conviene subrayar, que el diagnóstico clínico deberá ser elaborado por el psicólogo, tomando en consideración:

- Anamnesis personal y familiar.
- Examen físico y mental.
- Aplicación de pruebas psicológicas.
- Interpretación de la situación subjetiva de la condición especificando su significado.
- Apreciación etiológica y pronóstico del caso en función del déficit, insuficiencias y problemas encontrados, así como los recursos, fortalezas y capacidades del paciente. (Sánchez, 2008, p. 150)

Probablemente, usted se preguntará: **¿Cuál es la relación entre diagnóstico y clasificación?**

Al respecto, es necesario resaltar, que el diagnóstico es un paso importante en el proceso de identificación y clasificación de una condición clínica, es así que un diagnóstico correcto es útil, no solo como una forma de clasificar una condición, sino también como base de un tratamiento eficaz. (Sarason y Sarason, 2006).

En esta línea de pensamiento es importante destacar que, cuando los clínicos intentan clasificar los problemas psicológicos o una condición clínica que una persona experimenta, describen de forma precisa y sistemática la naturaleza y alcance de dichos problemas. (Compas y Gotlib (2003)

Con esta breve introducción es momento de iniciar con el estudio de los temas de esta unidad.

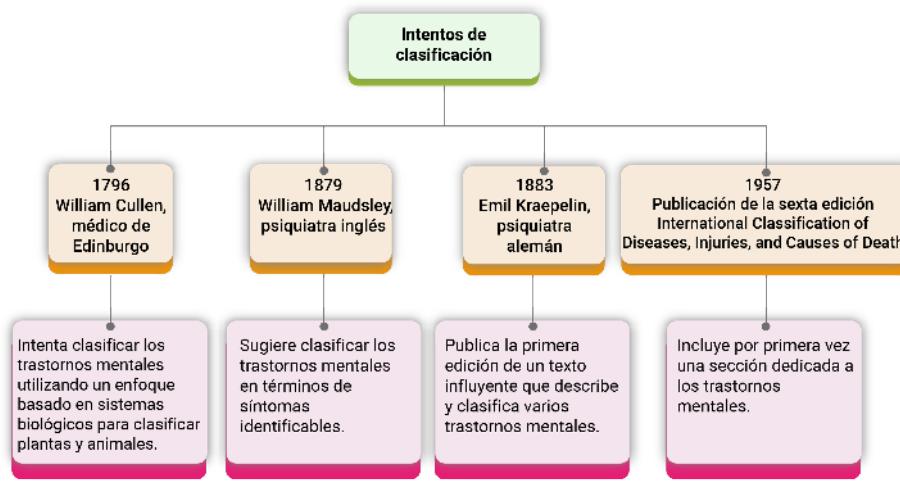
### **3.1. Importancia de la clasificación**

Para iniciar esta interesante temática, se debe mencionar algunos antecedentes, en virtud de que desde hace mucho tiempo atrás se ha reconocido la necesidad de clasificar los tipos de personalidad y sus problemas; surgiendo de este modo los sistemas de clasificación (Sarason y Sarason, 2006).

A continuación, se presenta un resumen gráfico en la imagen 6, de lo que serían algunos hitos en la historia de los intentos por clasificar la conducta desadaptada o también llamada anormal.

**Figura 6**

*Intentos de clasificar conducta desadaptada*



Nota. Adaptado de *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. 11a ed. [Ilustración], por Sarason, I. y Sarason, B., 2006, Pearson Educación, CC BY 4.0.

Como se ha podido apreciar y basado en la literatura, se debe resaltar que, durante siglos, los investigadores han intentado clasificar de varias formas la psicopatología, sin embargo, en los últimos 75 años, la clasificación se convirtió en una meta importante para los profesionales de la salud. En esta línea de pensamiento conviene mencionar que:

El origen de los sistemas de clasificación de la psicopatología de mayor uso en la actualidad se encuentra en el trabajo de Emil Kraepelin, un médico alemán del siglo XIX, quien sostuvo que la identificación y la clasificación de trastornos psicológicos eran necesarios para determinar su causa. También sugirió, que cada “enfermedad mental” era distinta de los otros trastornos, se presentaba con un conjunto particular de síntomas y seguía un curso único y predecible. Kraepelin creía que enfermedades diferentes requerían tratamientos distintos. Formuló una distinción entre demencia precoz (que ahora se conoce como

esquizofrenia) y la enfermedad maníaco-depresiva, (actualmente conocida como trastorno bipolar). Aunque las formulaciones y las categorías de Kraepelin han cambiado con el pasar de los años, los sistemas actuales de clasificación son descendientes directos de su trabajo. (Compas y Gotlib, 2003, p.123)

Como se pueden apreciar, los sistemas de clasificación se han revisado de manera constante, esto, para incluir nuevos conocimientos y puntos de vista, no obstante, ha sido un tema de amplio debate.

Para profundizar en la comprensión de la importancia de la clasificación, es preciso puntualizar algunos aspectos generales del psicodiagnóstico, por lo que lo invito a reflexionar sobre la siguiente interrogante:

### **¿A qué hace referencia el psicodiagnóstico?**

Es así que, tomando como referencia la literatura consultada, se puede concluir que el psicodiagnóstico, ante todo, es un proceso que tiene como objetivo la comprensión y descripción de los procesos psicológicos de la persona evaluada, para ello, el experto utiliza diversos procedimientos, instrumentos y técnicas. En esta situación, el psicólogo clínico está en la capacidad de realizar el diagnóstico de los trastornos mentales según las clasificaciones internacionales y establecer diagnósticos que son la base de un tratamiento exitoso.

Partiendo del aspecto que el diagnóstico es un tipo de clasificación que le permite al psicólogo clínico realizar distinciones entre los individuos, surgen algunas interrogantes, entre otras:

### **¿Cuál es el objetivo de la clasificación?**

### **¿Deberían los psicólogos clínicos tratar de clasificar a las personas o a los problemas que vivencian?**

Al respecto, Compas y Gotlib (2003) refieren que la definición y clasificación de la conducta anormal es una tarea importante para los psicólogos clínicos. El debate acerca de si se debería clasificar a la gente y sus problemas, ha sido un aspecto discutido desde hace muchos años en la historia de la psicología y la psiquiatría.

Algunos estudiosos han destacado los beneficios de la clasificación, mientras que otros sus costos.

En esta línea Clark, Watson y Reynolds (citado por Compas y Gotlib, 2003), refieren que algunos profesionales argumentan que la clasificación o los sistemas de diagnóstico son necesarios para facilitar nuestra comprensión de la gente y sus problemas, brindan una base que facilita la comprensión de la etiología y el curso de diferentes tipos de problemas y proporcionar tratamiento adecuado a quienes necesitan ayuda.

Por otro lado, Kutchins y Kirk (citado por Compas y Gotlib, 2003), resaltan el punto de vista de los críticos que sostienen, que los sistemas de clasificación de la personalidad y la psicopatología son sustancialmente problemáticos porque pueden conducir a la deshumanización de las personas y contribuir al desarrollo de estereotipos de los individuos, quienes son colocados en ciertas categorías de diagnóstico. Los críticos también argumentan que las etiquetas surgidas de los sistemas de clasificación se acompañan de estigmas y otras actitudes negativas.

A continuación, le recomiendo revisar la siguiente infografía denominada "Sistemas de clasificación: beneficios y costos" (Compas y Gotlib, 2003). La misma tiene como finalidad darle una visión gráfica de estos aspectos.

#### [Sistemas de clasificación: beneficios y costos](#)

Con la revisión de esta información, es necesario reflexionar sobre las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las características de un buen sistema de clasificación? ¿Cuáles son los principales beneficios y costos de la clasificación?

Como se ha podido apreciar, algunos autores destacan los beneficios de la clasificación o los sistemas diagnósticos, mientras que otros subrayan las desventajas; los primeros refieren que la clasificación es necesaria, entre otros aspectos, porque permite la comprensión de las personas y de sus problemas, ofrece un lenguaje común entre clínicos e investigadores, facilita la realización del diagnóstico, tratamiento, pronóstico y sugiere formas de prevención; mientras que los críticos sostienen que puede llevar a estigmas, conclusiones prematuras y actitudes negativas de las personas que padecen un trastorno.

### 3.2. La clasificación de la psicología clínica

Es momento de abordar la clasificación de los trastornos mentales, que es muy importante en el ámbito de la salud mental, por ende, en la psicología clínica,

En esta línea de pensamiento, cabe mencionar que la psicología clínica y la psiquiatría, gracias a las clasificaciones y nomenclaturas de las enfermedades mentales, han superado serios problemas conceptuales; es así, que hace aproximadamente 30 años en México se utilizaban términos ambiguos y hasta confusos para determinar una serie de enfermedades mentales. Por ejemplo, el término “neurosis” se utilizaba indistintamente para connotar estados de ansiedad, trastornos de ánimo o algunos cuadros disociativos; de tal forma, que aun entre los profesionales de la salud mental no era posible tener un mismo concepto de una condición, ya sea por el contexto, perspectiva teórica o circunstancia en la cual se emitía el diagnóstico. Este desacuerdo llevaba a que, al referir un paciente, de un profesional a otro o de una institución a otra se debía realizar nuevamente el diagnóstico y el esquema de tratamiento, lo cual incrementaba costos y complicaciones para el paciente. (Sánchez, 2008)

En este contexto y con la finalidad de prevenir problemas relacionados con pobre comunicación interprofesional, confusión diagnóstica, altos costos de tratamiento y poca eficiencia; a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de manera paralela la American Psychiatric Association (APA)



hicieron grandes esfuerzos para llegar a clasificaciones o listas nominales que sirvieran para nombrar de manera consensuada diversos cuadros clínicos y trastornos mentales. (Sánchez, 2008)

Por lo que el objetivo principal de contar con un sistema de clasificación en el ámbito de la salud mental radica en:

Brindar diversas categorías, indicadores y nomenclaturas para diferentes patrones de conducta, procesos de pensamiento y perturbaciones emocionales. En vista de lo que el patrón de conducta que se clasifica como esquizofrenia paranoide debería ser claramente diferente del patrón denominado trastorno límite de la personalidad. Al mismo tiempo las categorías deberían dividirse de tal forma que sea factible acomodarse a una gran variación, es decir, el clínico debería ser capaz de categorizar la conducta esquizofrénica paranoide como tal, incluso cuando el paciente no muestre los patrones esquizofrénicos "perfectos" o de "manual" (Sue, Wing y Sue, 2014 p. 83).

Tomando como referencia la literatura especializada, se puede mencionar que los sistemas de clasificación son el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que tienen como objetivo fundamental brindar diversas categorías, indicadores y nomenclaturas para diferentes patrones de conducta, procesos de pensamiento y perturbaciones emocionales, lo que permite a los clínicos poder designar de manera consensuada diversos cuadros clínicos y trastornos mentales.

### 3.3. Sistemas actuales de clasificación y diagnóstico

Una vez abordada la importancia de la clasificación de los trastornos mentales, es momento de centrarnos en los sistemas actuales de diagnóstico, en este contexto, para la psicología clínica constituye uno de los centros de atención las denominadas anomalías o trastornos mentales o del comportamiento.

En la actualidad los clínicos a nivel mundial utilizan manuales o sistemas de clasificación estandarizados, eso es, la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y El Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) elaborado por la Asociación Americana de Psicología (APA).

A continuación, conocerá los aspectos relevantes de los sistemas antes referidos, con lo que podrá visualizar sus antecedentes, puntos de encuentro y diferencias.

### **3.3.1. La Clasificación Internacional de las Enfermedades, versión 10 (CIE-10)**

Empezaremos centrándonos en la **Clasificación Internacional de Enfermedades**, para abordar esta interesante temática es necesario partir de algunos antecedentes históricos del origen y desarrollo. Fue creada en 1893 con el objetivo de indagar estadísticas de mortalidad, por lo que en principio fue una lista de causas de muerte, cuya edición fue publicada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893, haciéndose cargo de la publicación la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1948. (Sánchez, 2008).

Con el objetivo de que cuente con una visión esquemática de las revisiones de la Clasificación Internacional de las Enfermedades a continuación, en la tabla 2 se presentan dichas revisiones, según año de adopción, uso y total de enfermedades.

**Tabla 2***Revisões de la clasificación internacional de las enfermedades*

Revisões	Año de adopción	Años de uso	Total de enfermedades
Primera	1900	1900-1909	179
Segunda	1909	1910-1920	189
Tercera	1920	1921-1929	205
Cuarta	1929	1930-1938	200
Quinta	1938	1939-1948	200
Sexta	1948	1949-1957	1010
Séptima	1955	1958-1967	1041
Octava	1965	1968-1978	1088
Novena	1975	1979-1997	1178
Décima	1995	1998 -	2030

Nota. Adaptado de *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, por Organización Panamericana de la Salud, 2017, OPS.

Como lo ha podido notar, el CIE ha tenido diversas actualizaciones desde su primera publicación siendo necesario resaltar, que en la sexta revisión (CIE-6) se incorpora un capítulo para enfermedades mentales, en la octava revisión (CIE-8) se incluye un glosario para definir categorías, en la novena (CIE-9) se incluye 30 categorías de trastornos mentales. (Sánchez, 2008)

Asimismo es importante mencionar que, según sostuvo la OMS (2018), la CIE-11 se ha presentado a la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2019 para su adopción por los Estados Miembros y entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

En esta misma línea de pensamiento, la Organización Panamericana de la Salud (2017) sostiene que:

A diferencia de las revisiones anteriores, la CIE-10 ha sufrido actualizaciones en 1999, 2003, 2006, 2008 y 2015, antes de la próxima revisión (CIE-11), se ha modificado el número de categorías y además se han realizado correcciones y modificaciones a los 3 volúmenes. (pp. 217-218)

Luego de analizar los aspectos históricos del origen y desarrollo de la CIE, le recomiendo que responda la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características relevantes del V capítulo de la décima revisión?

Para dar respuesta a la interrogante planteada, es necesario profundizar en el tema, por ello le sugiero revisar la Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (World Health Organization, 2000). Disponible en: [Organización Mundial de la Salud: Repositorio institucional para compartir información](#).

El propósito pedagógico del REA, es que reconozca e identifique los aspectos relacionados con la clasificación de los trastornos mentales, criterios diagnósticos y otras especificaciones.

Su reflexión en este tema es muy importante. Pues bien, considerando el aporte de Sánchez (2008), se puede destacar que el CIE-10:

- Proporciona códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad.
- Abarca 22 capítulos, de los cuales el V, designado también con la letra F, está destinado a los trastornos mentales y del comportamiento. Cuenta con fines: epidemiológicos, de gestión, sanitario y de uso clínico.
- Abarca los trastornos mentales y del comportamiento, así como los trastornos del desarrollo psicológico.

- El diagnóstico debe ser registrado, anotando el código y el texto diagnóstico correspondiente. Por ejemplo: F50 (trastornos de la conducta alimentaria), F51 (trastornos no orgánicos del sueño), etc.
- Es importante anotar todos los diagnósticos que se necesiten para abarcar todo el cuadro clínico. Cuando se registre más de un diagnóstico, suele ser conveniente escoger uno de ellos como diagnóstico principal, quedando los demás como secundarios. (pp. 177-180)

Una vez que ha realizado la lectura analítica de las temáticas, es necesario reforzar lo estudiado, para ello, le invito a desarrollar las siguientes actividades que le permitirán una adecuada interiorización.



## Actividades de aprendizaje recomendadas

**Actividad 1.** Analice críticamente el caso de una mujer de 27 años.

**Planteamiento:**

### Caso mujer de 27 años

Se trata de una mujer de 27 años, casada y con dos hijos pequeños. Tuvo una adolescencia tormentosa, fue forzada a tener relaciones sexuales con un hermano seis años mayor que ella, a quien primero idolatró y después temió. Su relación continuó hasta que ella salió de su casa para asistir a la universidad, cuando les platicó a sus padres sobre el asunto. Ante la confusión emocional resultante, intentó suicidarse (con una sobredosis de aspirinas) pero no fue hospitalizada... Al parecer era coqueta, pero en el interior era tímida y se sentía incómoda, muy sola, y en un esfuerzo por manejar su ansiedad y la sensación de vacío interno, pasó por un periodo de ligero abuso de alcohol y aventuras sexuales breves. A los 19 años se casó con un compañero de clase y dejó la escuela.

Durante los primeros años de matrimonio se sintió ansiosa y aburrida, y después del nacimiento de su segundo hijo presentó tendencia a la tristeza y al llanto. Su estado de ánimo variaba mucho de una hora a la siguiente, de un día al otro, pero los sentimientos negativos se intensificaban en gran medida en los tres o cuatro días anteriores a su menstruación. Cuando la familia creció, su esposo se volvió menos atenta y, como respuesta a esto, ella se volvió cada vez más irritable, provocativa y, en ocasiones, abusiva (arrojaba platos, profería insultos). Su esposo comenzó una relación fuera del matrimonio, que ella más tarde descubrió. En ese momento se sintió seriamente deprimida, perdió el sueño y el apetito, empezó a abusar del alcohol y los sedantes y tuvo varios intentos de suicidio, incluyendo una vez que se cortó la muñeca. En dos ocasiones se ocultó por varias noches en moteles, sin informar a nadie dónde estaba. Cada vez se llevaba con ella a su hija de ocho años, como si deseara protegerla de las "malas intenciones" que imaginaba su esposo tenía para con la niña. Después del incidente en que se cortó las venas, cuando también había dejado una nota en la que se disculpaba por ser un "fracaso" como esposa y madre, ingresó a un hospital. Comprendió la naturaleza irreal de sus sospechas, como explicó al personal del hospital, pero era incapaz de eliminar las dudas malsanas que experimentaba (Stone, 1986, citado por Sarason y Sarason, 2006, pp. 314-315).

### **Estrategias de trabajo:**

- Para el análisis del caso, utilice el fundamento teórico que ha estudiado en la guía didáctica Unidad 3. Diagnóstico y clasificación de la psicología clínica. Puede consultar otras fuentes de la bibliografía
- Revisar la Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (World Health Organization, 2000). Disponible en: [Organización Mundial de la Salud: Repositorio institucional para compartir información](#). Específicamente, el capítulo V. Trastornos mentales y del comportamiento en el apartado: Trastornos de la personalidad y de comportamiento adulto. Centre su atención en el tipo límite.

- Lea comprensivamente y analice el caso, finalmente responda con argumentos a las preguntas asociadas.

### Preguntas:

1. ¿Cómo se debe registrar el diagnóstico del caso?
2. ¿Qué criterios debe cumplir para que el diagnóstico referido sea el correcto?
3. Explique¿Por qué es importante utilizar el CIE-10 para establecer el diagnóstico del caso?

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

### Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



## Semana 6

### Unidad 3. Diagnóstico y clasificación de la psicología clínica

#### 3.3. Sistemas actuales de clasificación y diagnóstico

Estimado estudiante: avance con el abordaje de los temas de la unidad 3; en esta semana conocerá y comprenderá los postulados relevantes del DSM-5; así como lo referente a la evaluación: la base de la clasificación.

##### 3.3.2. Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5)

Luego de revisar los aspectos importantes de CIE-10, lo motivo continuar con el análisis de los sistemas de clasificación; para ello nos centraremos en el **Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales**.

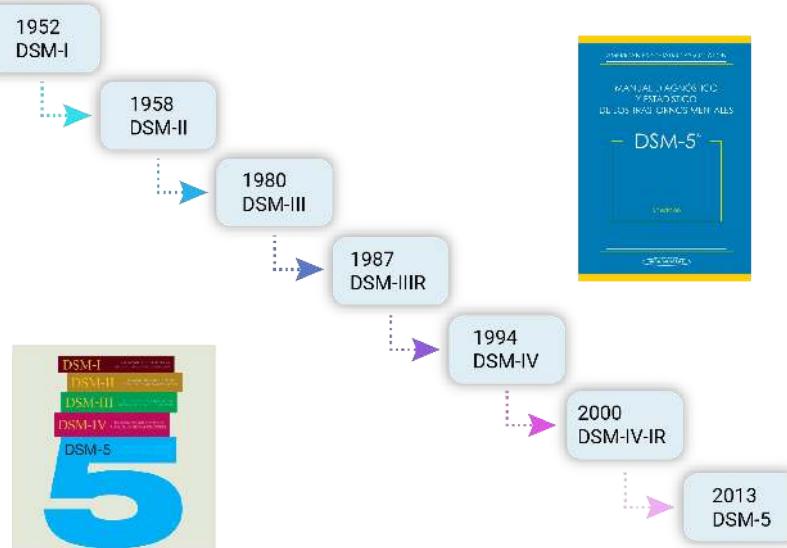
Es necesario partir de algunos antecedentes históricos del origen y desarrollo del DSM-5. La literatura nos dice que se basa en el sistema krepliano, fue publicado en 1952 por la Asociación Psiquiátrica Americana; desde su

creación ha experimentado un proceso de revisión sistemática y autocrítica de criterios consensuados para normar la práctica clínica, por ello ha sido revisado varias veces para tener una mayor confiabilidad y validez. (Sue, Wing Sue y Sue, 2014)

Una vez contextualizado el tema y para conocer las revisiones desarrolladas en DSM, es necesario que revise la imagen 7, en la que se muestran de forma consecutiva dichas revisiones.

**Figura 7**

Versiones del DSM



Nota. Adaptado de *Psicopatología, comprendiendo la conducta anormal. 9a ed. [Ilustración]*, por Sue, D., Wing, S. y Sue, S., 2014, Cengage, CC BY 4.0.

Como lo ha podido apreciar, el DSM ha tenido diversas actualizaciones desde su primera publicación, es importante mencionar, que la cuarta edición revisada del manual, esto es, el **DSM-IV-TR** permitió a los clínicos examinar y evaluar el estado de los individuos de acuerdo a cinco aspectos llamados ejes de clasificación multiaxial: Eje I. Trastornos o síndromes clínicos. Eje II.

Trastornos de la personalidad. Eje III. Condiciones médicas generales. Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales. Eje V. Escala de evaluación global del funcionamiento. (Asociación Psiquiátrica Americana, 2000, como se citó en Sue, Wing Sue y Sue, 2014).

A modo de ilustración, se presenta un ejemplo corto que muestra la evaluación de acuerdo con los cinco ejes propuestos en el DSM-IV-

TR. Caso Marco, 35 años de edad, quien presentaba síntomas de ansiedad: Eje I. 309.81 Trastornos de estrés postraumático crónico. Eje II. V71.09 sin diagnóstico. Eje III. Ninguno. Eje IV. Vive solo desempleado. Eje V. (EEAG) actual, 35 %.

Luego de analizar los aspectos históricos del origen y desarrollo del DSM, le recomiendo que responda a las siguientes preguntas:

- **¿Qué edición del DSM rige en la actualidad?**
- **¿Cómo está organizada la última edición del DSM?**
- **¿Qué trastornos incluye el DSM-5?**

Para dar respuesta a las preguntas planteadas es necesario complementar sus conocimientos en el tema, para ello, es necesario [revisar el artículo DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?](#)(Sandín, 2013)

El propósito pedagógico del REA, es que profundice en los aspectos relacionados con la evolución del DSM, que conozca los trastornos mentales codificados en el DSM-5, así como que pueda analizar las críticas formuladas.

El análisis del artículo mencionado es muy importante para su reflexión y comprensión sobre el tema de estudio.

Al respecto y tomando como base lo referido por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), se puede resaltar que:

- Actualmente rige la quinta edición, esto es el, DSM-5 publicado en el año 2013, incluye cambios muy significativos en relación al DSM-IV-TR.
- Está organizado en tres secciones: La sección I. Conceptos básicos, que contiene la utilización del manual, la declaración cautelar para el empleo forense DSM-5. La sección II. Criterios y códigos diagnósticos de los diferentes trastornos y finalmente la sección III. Instrumentos de medición y nuevos modelos, que incluye: medidas de evaluación, formulación y entrevistas adaptadas a otras culturas, un modelo DSM-5 alternativo de trastornos de la personalidad y las condiciones para ampliar su estudio.

Con respecto a los grupos o clases de trastornos mentales codificados en el DSM-5 que están contemplados en la sección II, el APA indica 19 grupos principales de trastornos mentales; a continuación, se enumeran:

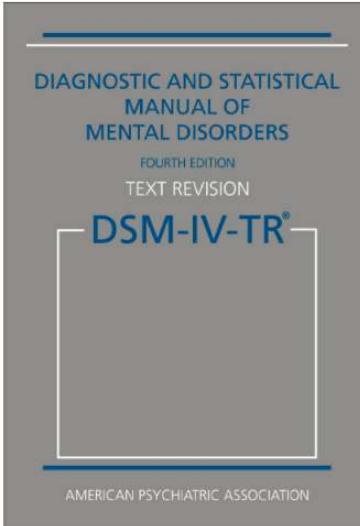
- Trastornos del neurodesarrollo.
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos bipolares y relacionados.
- Trastornos depresivos, trastornos de ansiedad.
- Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados.
- Trastornos relacionados con traumas y estresores.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos de síntomas somáticos.
- Trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria.
- Trastornos de eliminación.
- Trastornos del sueño.
- Disfunciones sexuales.
- Disforia de género.
- Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta.

- Trastornos adictivos y de consumo de sustancias.
- Trastornos neurocognitivos.
- Trastornos de la personalidad.
- Trastornos parafílicos.
- Otros factores que pueden ser de atención clínica. (APA, 2013, como se citó en Sandín, 2013, p. 269)

Como se puede evidenciar, se han generado cambios significativos en el DSM desde su creación hasta la actualidad, por lo que es necesario considerar los últimos cambios, esto es, del DSM-IV-TR al DSM-5. En este contexto, Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2014), refieren que: “A nivel estructural y organizativo, los cambios más destacables en el DSM-5 son la eliminación del sistema multiaxial y la reorganización de los capítulos” (p.67).

Una vez contextualizado el tema y para conocer las modificaciones realizadas con respecto al DSM-IV-TR, le invito a revisar la siguiente tabla en la que se muestran los cambios más significativos:

**Tabla 3***Cambios más importantes del DSM-IV-TR al DSM-5*

DSM-IV-TR	DSM-5
	
<p><b>Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Retraso mental</li> <li>▪ Trastornos del aprendizaje</li> <li>▪ Trastorno de las habilidades motoras</li> <li>▪ Trastornos de la comunicación</li> <li>▪ Trastornos generalizados del desarrollo</li> <li>▪ Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador</li> <li>▪ Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia, la niñez</li> <li>▪ Trastornos de tics</li> <li>▪ Trastornos de la eliminación</li> <li>▪ Otros trastornos de la infancia, niñez o adolescencia: ansiedad de separación, mutismo selectivo, trastorno reactivo de la vinculación, trastorno de movimientos estereotipados.</li> </ul>	<p><b>Trastornos del neurodesarrollo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discapacidad intelectual</li> <li>▪ Trastorno específico del aprendizaje</li> <li>▪ Trastornos motores</li> <li>▪ Trastornos de la comunicación</li> <li>▪ Trastorno del espectro autista</li> <li>▪ Trastorno por déficit de atención e hiperactividad</li> </ul>

DSM-IV-TR	DSM-5
<b>Delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognoscitivos</b>	<b>Trastornos neurocognitivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Delirium</li> <li>▪ Trastornos neurocognitivos severos y leves</li> </ul>
<b>Trastornos mentales debidos a enfermedad</b>	<b>Otros trastornos mentales</b>
<b>Trastornos relacionados con sustancias</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso)</li> <li>▪ Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación y abstinencia) Alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.</li> </ul>	<b>Trastornos adictivos y relacionados con sustancias</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco.</li> <li>▪ Trastornos no relacionados con sustancias: trastorno del juego.</li> </ul>
<b>Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</b>	<b>Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</b>
<b>Trastornos del estado de ánimo</b>	<b>Trastornos bipolares y relacionados</b>
	<b>Trastornos depresivos</b>
<b>Trastornos de ansiedad</b>	<b>Trastornos de ansiedad</b>
	<b>Trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados</b> <b>Trastornos relacionados con el trauma y con el estrés</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastorno de estrés agudo</li> <li>▪ Trastorno de estrés postraumático</li> <li>▪ Trastornos adaptativos</li> <li>▪ Trastorno reactivo de la vinculación</li> </ul>

DSM-IV-TR	DSM-5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastorno del comportamiento social desinhibido</li> </ul>
<b>Trastornos somatomorfos</b>	<p><b>Trastornos con síntomas somáticos y relacionados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastorno con síntomas somáticos</li> <li>▪ Ansiedad por la enfermedad</li> <li>▪ Trastorno de conversión</li> <li>▪ Factores psicológicos que afectan a condiciones médicas</li> <li>▪ Trastornos facticios</li> </ul>
<b>Trastornos facticios</b>	
<b>Trastornos disociativos</b>	<b>Trastornos disociativos</b>
<b>Trastornos sexuales y de la identidad sexual</b>	<b>Disfunciones sexuales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastornos sexuales</li> <li>▪ Parafilia</li> <li>▪ Trastornos de la identidad sexual</li> </ul>	<b>Trastornos parafílicos</b>
	<b>Disforia de género</b>
<b>Trastornos de la conducta alimentaria</b>	<p><b>Trastornos de alimentación y de la conducta alimentaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anorexia</li> <li>▪ Bulimia</li> <li>▪ Pica</li> <li>▪ Rumiación</li> <li>▪ Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta</li> <li>▪ Trastorno por atracón</li> </ul>

DSM-IV-TR	DSM-5
<b>Trastornos del sueño</b>	<b>Trastornos del sueño</b>
<b>Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastorno explosivo intermitente</li> <li>▪ Cleptomanía</li> <li>▪ Piromanía</li> <li>▪ Tricotilomanía</li> <li>▪ Juego patológico</li> </ul>	<b>Trastornos del control de los impulsos, disruptivos y de conducta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastorno explosivo intermitente</li> <li>▪ Cleptomanía</li> <li>▪ Piromanía</li> <li>▪ Trastorno negativista desafiante</li> <li>▪ Trastorno de conducta</li> <li>▪ Trastorno de personalidad antisocial</li> </ul>

*Nota.* Adaptado de Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. Terapia psicológica, por Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M., 2014, Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

### ¡Atención!

Para profundizar en lo relacionado con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5<sup>a</sup> edición) de Asociación Americana de Psiquiatría, le recomiendo leer comprensivamente [el artículo DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?](#) (Sandín, 2013), que destaca la clasificación de los trastornos mentales en categorías, los cambios más importantes, aportaciones y críticas al DSM-5.

A modo de conclusión, es necesario mencionar que la literatura especializada indica que, para la categorización y clasificación de los problemas de salud mental a nivel mundial, existen dos sistemas muy difundidos:

La CIE-10 y el DSM-5, cada vez más próximos entre sí en sus últimas ediciones; este último es el más influyente porque cuenta con el respaldo de la poderosa Asociación Americana de Psiquiatría y es más operativo (los criterios diagnósticos son concisos y explícitos) y menos narrativo que la CIE-10. De este modo, los criterios diagnósticos para la selección y evaluación de los pacientes en los ensayos clínicos publicados en las principales revistas están basados en el DSM, lo que supone una influencia directa para los investigadores clínicos. Por ello, va a ser un referente (o incluso un vademécum) en la investigación en psiquiatría y psicología clínica en los próximos años. (Nemeroff et al., citado por Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014, p.71)

Por lo referido, cabe destacar que realizar un diagnóstico de trastorno mental incluye la clasificación, por lo que los profesionales de la salud requieren:

Una sólida formación clínica para establecer un diagnóstico en el DSM-5, porque los criterios establecidos se refieren a síntomas, conductas, funciones cognitivas, signos físicos y combinaciones de síntomas que es preciso discriminar con precisión de lo que son los cambios en la vida cotidiana, la adaptación a las diversas fases del ciclo evolutivo o las respuestas transitorias a las situaciones de estrés. (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014, p.72).

Con la revisión del recurso, usted puede concluir que, para que un psicólogo u otro profesional de la salud pueda establecer un diagnóstico con base en el DSM-5 necesita de una sólida formación y experticia.

### 3.4. Evaluación: la base de la clasificación

Respecto a este importante tema, Sarason y Sarason (2006), sostienen que “Ningún instrumento de evaluación por sí solo es perfecto, los expertos han desarrollado diferentes formas para caracterizar a los individuos. Los principales métodos incluyen: entrevistas, pruebas de inteligencia, neuropsicológicas, evaluación conductual y de personalidad, así como enfoques más especializados” (p.154).

Por lo referido, le recomiendo profundizar la información con la revisión de la infografía denominada “Principales métodos de evaluación psicológica” (Sarason y Sarason, 2006). La misma que tiene como finalidad brindar una visión gráfica de estos métodos.

#### Principales métodos de evaluación psicológica

Con la revisión de esta información, es conveniente reflexionar y responder a las siguientes interrogantes relacionadas con la evaluación: ¿Cuál es la finalidad de las entrevistas diagnósticas?

¿Qué pruebas de inteligencia son las más utilizadas por los clínicos?

¿Qué métodos se utilizan para evaluar la personalidad?

De hecho, este tema debe haberle parecido muy constructivo, como pudo darse cuenta, existen varios instrumentos de evaluación que permiten a los clínicos conocer de forma específica a los individuos, entre los más utilizados, se pueden mencionar: las entrevistas diagnósticas, que permiten recopilar información y evaluar la conducta, las pruebas de inteligencia (siendo en la actualidad más utilizadas las pruebas de Wechsler), finalmente los métodos para evaluar la personalidad, que incluyen inventarios, escalas de registro y técnicas proyectivas (Sarason y Sarason, 2006).

Es necesario que conozca, que los aspectos del proceso de evaluación psicológica se han presentado a modo de introducción, ya que se profundizará en la unidad 4 del segundo bimestre.

### 3.5. Ejemplo de un estudio de caso

Una vez que se conoce cómo se categoriza o clasifica los problemas de la salud mental mediante el DSM-5 y tomando como referencia los nuevos conocimientos adquiridos, le sugiero revisar el siguiente **caso de trastorno límite de la personalidad** y el diagnóstico del mismo.

#### Caso de trastorno límite de la personalidad

Sandra tiene 28 años y es su novio quien la lleva a urgencias porque sus demandas y comportamiento caótico le están preocupando, cada vez más. La principal queja que ella plantea a los profesionales es: "No dejo de pensar en matarme". Sandra es una secretaria competente, tiene su propio departamento. Asiste también a clases en la universidad por la noche, porque desea progresar en sus estudios y no seguir siendo una secretaria toda su vida.

La actual crisis comenzó cuando su novio, Juan, no aceptó casarse con ella, tras una relación de 2 años de duración. Sandra comenzó a telefonearle a su trabajo exigiendo cada vez más tiempo para ella, y llegó a amenazarle diciendo que se mataría si no pasaba cada noche con ella. Juan refería que esas exigencias, las llamadas telefónicas y las amenazas crecientes llegaban a ser insoportables y que estaba deseando acabar, de una vez, con esa relación. La noche en que Juan la llevó a urgencias, le había dicho que tenía que marcharse de viaje de negocios y que estaría fuera varios días. Sandra insistía en que él se marchaba con el único fin de alejarse de ella; comenzó a agitarse intensamente y a decir, con un tono violento, que iba a matarse. En urgencias, Sandra menospreciaba airadamente, a su novio delante de los profesionales y lo acusaba de estar utilizándola para rechazarla después. Tras separar físicamente a la pareja, los profesionales pudieron obtener la historia del desarrollo progresivo de los síntomas de Sandra.

En respuesta al estrés de los últimos meses, la paciente ha presentado un estado de ánimo depresivo con oscilaciones, tendencia a la hipersomnia (especialmente por las noches y los fines de semana) y a darse atracones de



comida que le han provocado un aumento de peso de 8 kilos. Dice que se siente constantemente ansiosa y cada vez le cuesta más concentrarse en sus estudios. Ha continuado trabajando durante este periodo de estrés, buscando el apoyo de sus compañeros de oficina. La atención prestada por Juan o por sus compañeros de trabajo hace que su estado de ánimo mejore, y este estado se mantiene siempre que ellos están a su lado. Sandra experimenta síntomas más intensos cuando está sola. Incluyen fantasías prolongadas de matar a su novio y el deseo de hacerse daño a sí misma. Dice que en varias ocasiones ha llegado a hacerse cortes con una cuchilla de afeitar y afirma que, cuando lo está haciendo, se ve a sí misma como si estuviera distanciada, aturdida y muerta, sin sentir dolor. Según Sandra, en esos momentos se siente gorda y poco atractiva, además de considerarse incapaz de despertar el cariño de los demás y poco deseable. Entonces, telefona a su novio y le amenaza con suicidarse a menos que él vaya a hacerle compañía. Su novio explica que Sandra ha comenzado a perder el control de su mal genio. Por ejemplo, antes de llevarla a urgencias, en plena discusión había llegado a agredirle a golpes.

Sandra es la menor de cuatro hijos y una de las dos niñas. Sus padres se separaron y se divorciaron cuando ella tenía 3 años porque su padre era alcohólico y abusaba físicamente de su esposa e hijos. Un secreto familiar era que su hermano, 5 años mayor que ella, había abusado sexualmente de ella cuando tenía 10 años.

Durante la adolescencia, Sandra salía con un grupo marginal y comenzó a consumir drogas. Para conseguirlos, pronto comenzó a mantener relaciones sexuales. La paciente dijo que su madre atribuía su rebeldía adolescente a la necesidad que tenía de "encontrar un padre" y que pensaba que Sandra "confundía sus impulsos sexuales con el deseo de ser amada y cuidada". A los 16 años de edad, Sandra ya había iniciado el patrón de relaciones inestables y caóticas con hombres que siguen caracterizando su vida adulta.

A los 17 años tomó su primera sobredosis de sustancias porque, según ella, su novio la había rechazado. Después de este incidente,

se produjo una serie de intensas relaciones de acuerdo con un patrón similar: Sandra se enganchaba de manera progresiva hasta que se separaba gradualmente de sus compañeros. Los rechazos eran indicados por un periodo de ira y autoabuso, seguido de una nueva e idéntica relación. El actual novio de la paciente es solo el último de una larga serie de compañeros frustrantes. (Tomado de: DSM-IV-TR. Estudio de casos. Guía Clínica para el Diagnóstico Diferencial, 2002)

### **Diagnóstico:** (F60.3) Trastorno de la personalidad límite

Tomado como referencia el DSM-5, en el caso "Sandra" se puede evidenciar la existencia de un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que ha comenzado en las primeras etapas de la edad adulta, está presente en diversos contextos y se manifiesta por las siguientes características:

#### **Criterios diagnósticos:**

1. **"Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado".** En la situación actual se evidencia que Sandra recurre a varios métodos para evitar sentirse desamparada (estar sola), incluso amenazas con las que exige y presiona a su novio para pasar más tiempo juntos. Ella expresa que sus síntomas se manifiestan con más fuerza cuando está sola, por lo que busca el apoyo y compañía de sus compañeros de trabajo y su novio, lo que hace que su estado de ánimo mejore, y este estado se mantiene siempre que ellos estén a su lado.
2. **"Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación";** en el caso se manifiesta que desde su adolescencia (17 años) Sandra ha pasado por una serie de relaciones inestables y caóticas con los hombres, modelo de relación que ha continuado en su edad adulta.
3. **"Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo":** Sandra manifiesta sentirse fea, gorda, poco deseable e incapaz de despertar el cariño de los demás.

4. ***"Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas"***; en los antecedentes de Sandra podemos encontrar abuso de drogas y alcohol, para conseguir las mismas llegaba a mantener relaciones sexuales; en la actualidad atracones de comida que le han provocado un aumento de peso de 8 kilos.
5. ***"Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación"***: Sandra recurre a las amenazas con su novio, le advierte con matarse si no dormía con ella. Presenta también ideas suicidas, "No dejo de pensar en matarme" y comportamiento de automutilación, en varias ocasiones se ha cortado con cuchillas de afeitar.
6. ***"Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo"***: la actual crisis de Sandra comenzó cuando el novio, no aceptó casarse con ella, tras una relación de 2 años. Expresa que se siente cada vez más ansiosa...
7. ***"Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira ( ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes")***: el novio de Sandra explica que ella pierde el control de su genio y presenta dificultades para el manejo de la ira, además indica que han existido agresiones físicas entre ellos.



## Actividades de aprendizaje recomendadas

Para una mayor comprensión de los temas abordados, le recomiendo que realice el análisis de un caso y responda a las preguntas asociadas.

### 1. Analice críticamente el caso Alberto.

#### Planteamiento del caso:

Después de haberse graduado del bachillerato y haber tenido algunos trabajos sin porvenir, Alberto quería tener un negocio propio. Les pidió a sus padres, quienes tenían un ingreso modesto y algunos ahorros para su retiro, que le prestaran el dinero que necesitaba para iniciararlo. Después de cinco meses, Alberto estaba fuera del negocio y el dinero de sus padres "se perdió", como él dijo. Varios meses después, al encontrar una nueva



oportunidad para hacer negocios, Alberto pidió una vez más a sus padres que le prestaran el dinero que necesitaba. Accedieron y otra vez el negocio de Alberto fracasó. Sus padres deseaban con desesperación ayudarlo y creer en él. Su necesidad era tan grande y Alberto tenía tanto éxito para “timar” a sus padres que lo ayudaron una y otra vez a comprometerse en actividades que estaban destinadas al fracaso. Alberto ansiaba la emoción de tener un negocio propio, pero era incapaz de atender todos los detalles que representaban dirigirlo o de planearlo. Era magnífico para representar el papel del hombre joven y encantador que se superaba. Cuando fracasaba, no sentía ningún remordimiento, por lo que este fracaso implicaba para sus padres, amigos y otras personas que lo habían ayudado. (Siever y Kendler, citado por Sarason y Sarason, 2006, p. 192)

### Estrategias de trabajo:

- Para el análisis del caso, utilice el fundamento teórico que ha estudiado en la Unidad 3. Diagnóstico y clasificación en la psicología clínica.
- Acuda a la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, preste atención a los trastornos del control de los impulsos, disruptivos y de conducta, así como a los trastornos de la personalidad.
- Revise el anuncio académico de la semana 6, en el que encontrará material de apoyo que le será de utilidad para el análisis del caso.

### Responda a la interrogante asociada al caso clínico:

- Basado en el DSM-5 y por el conjunto de síntomas presentados en el caso: ¿Qué diagnóstico le corresponde al joven del caso?
- ¿Qué criterios diagnósticos cumple Alberto? Argumente cada criterio con información descrita en el caso.

### **¡Atención!**

A continuación, le propongo que responda a las preguntas de la autoevaluación, con ello podrá comprobar su nivel de asimilación de los contenidos abordados en la unidad. Recuerde que si consiguió el 100 % de aciertos, pueden continuar con el estudio, de lo contrario revise nuevamente las temáticas, pues requieren ser reforzadas.



### Autoevaluación 3

**En las siguientes preguntas, seleccione la (as) respuestas correctas:**

1. De las dos clasificaciones de los trastornos mentales más difundidas a nivel mundial (CIE y el DSM), ¿cuál es la más influyente en la actualidad?
  - a. CIE-10.
  - b. DSM-5.
  - c. DSM-IV-TR.
  
2. Según Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2014), ¿cuáles son los cambios más significativos en el DSM-5 a nivel estructural y organizativo? Seleccione dos respuestas:
  - a. Contiene seis ejes de clasificación multiaxial.
  - b. El fortalecimiento del sistema multiaxial.
  - c. La eliminación del sistema multiaxial.
  - d. La reorganización de los capítulos.
  
3. Contiene cinco ejes de clasificación multiaxial: Eje I. Trastornos o síndromes clínicos. Eje II. Trastornos de la personalidad. Eje III. Condiciones médicas generales. Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales. Eje V. Evaluación global de la escala de funcionamiento¿A qué edición del DSM hace referencia el enunciado?
  - a. DSM-5.
  - b. DSM-IV-TR.
  - c. DSM-IV.

4. En el DSM-5 el trastorno de la personalidad antisocial, ¿dentro de qué categoría de trastornos se encuentra?

- a. Trastornos de la personalidad del grupo
- b. Trastornos de la personalidad del grupo B.
- c. Trastornos del control de los impulsos, disruptivos y de conducta.

5. CIE publicado por la OMS (1992) abarca 22 capítulos, de los cuales el quinto está destinado a los trastornos mentales y del A qué edición del CIE hace referencia el enunciado?

- a. CIE-8.
- b. CIE-10.
- c. CIE-9.

6. Tendencia de los profesionales de la salud mental a desarrollar estereotipos basados en suposiciones acerca de la naturaleza de las categorías dentro de un sistema de clasificación. Lo enunciado a qué hace referencia?

- a. Beneficios de la clasificación de las psicopatologías.
- b. Costos de la clasificación de las psicopatologías.
- c. Sesgos en la clasificación de las psicopatologías.

7. La decisión de clasificar la psicopatología ha tenido varios beneficios. Seleccione la opción que hace referencia a dichos beneficios:

- a. Permite a los profesionales comunicarse entre sí de una manera informada, lo que facilita una mejor comprensión y tratamiento de los problemas.
- b. Puede contribuir a conclusiones prematuras acerca de la naturaleza de ciertos problemas.
- c. Contribuye de una manera significativa en el establecimiento de tratamientos que resultan poco exitosos.

8. Para los profesionales de la salud mental, psiquiatras y psicólogos, la utilidad de un diagnóstico de trastorno mental radica en:

- a. Determinar el pronóstico, los planes de tratamiento y los posibles resultados del tratamiento en sus pacientes.
- b. Conocer exclusivamente las características de una alteración del estado emocional o el comportamiento de un individuo.
- c. Establecer las pautas necesarias para la terapia farmacológica de un individuo.



9. El DSM ha tenido varias ediciones, en las que se han introducido cambios significativos, como adición de nuevas categorías de diagnóstico, modificación de criterios existentes y supresión de otros diagnósticos. Seleccione la opción que hace referencia a la última edición:

- a. DSM-IV.
- b. DSM-IV-TR.
- c. DSM-5.



10. Los sistemas actuales de diagnóstico CIE-10 desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y DSM-5 elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Son descendientes directos de los trabajos de:

- a. Thomas M. Achenbach.
- b. Emil Kraepelin.
- c. Sigmund Freud.

[Ir al solucionario](#)

Ha concluido exitosamente el estudio de los contenidos del primer bimestre. Debe profundizar estos temas previos a la evaluación del primer bimestre, reforzando los aspectos relacionados con una mirada a la psicología clínica, los métodos de investigación, así como el diagnóstico y la clasificación.

### Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



#### Semana 7

##### Actividades finales del bimestre

**Unidades:** 1. Una mirada a la psicología clínica, 2. Métodos de investigación en la psicología clínica, 3. Diagnóstico y clasificación de la psicología clínica



#### Actividades de aprendizaje recomendadas

**Actividad 1:** revise las tres unidades correspondientes al primer bimestre como preparación para rendir su evaluación.

**Actividad 2:** revise los apuntes realizados sobre cada uno de los aspectos importantes del primer bimestre. Estudie y analice las ideas resaltadas como importantes, tanto en la guía didáctica como en sus anotaciones personales.

#### Estrategias de trabajo:

- Subraye las ideas principales de los contenidos en la guía didáctica relacionadas con las unidades 1, 2 y 3, tome notas de los aspectos que considere importantes, realice gráficos o tablas que le permitan describir características esenciales de cada uno de los contenidos.

**Actividad 3:** realice la actividad suplementaria destinada a los estudiantes que por razones de fuerza mayor no pudieron participar en el chat académico.



## Estrategias de trabajo:

- En la guía didáctica, lea comprensivamente los contenidos estudiados en la Unidad 3. Diagnóstico y clasificación de la psicología clínica.
- El cuestionario tiene 10 preguntas que son de opción múltiple, dispone de dos intentos para realizarlo.

**Actividad 4:** participe en el juego de autoevaluación, que le permitirá evaluar conocimientos adquiridos en las unidades abordadas en el primer bimestre.

Evaluar los conocimientos adquiridos en las unidades abordadas en el primer bimestre.

### [Repaso del primer bimestre](#)

## **Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas**



### **Semana 8**

#### **Actividades finales del bimestre**

**Unidades:** 1. Una mirada a la psicología clínica, 2. Métodos de investigación en la psicología clínica, 3. Diagnóstico y clasificación de la psicología clínica

En esta semana, le recomiendo continuar con el estudio de los contenidos abordados en el primer bimestre, que le permite prepararse para rendir su evaluación; puede obtener retroalimentación mediante el chat de tutoría y consultas; así como en los anuncios académicos.



#### **Actividades de aprendizaje recomendadas**

**Actividad 1:** revise nuevamente todas las unidades del primer bimestre como preparación para la evaluación presencial.

**Actividad 2:** profundice todas las unidades de la guía didáctica estudiadas durante el primer bimestre.

## Estrategias de trabajo

- Estudie y analice cada una de las ideas resaltadas como importantes en las unidades 1, 2 y 3 de la guía didáctica, así como sus anotaciones personales.





## Segundo bimestre



### Resultados de aprendizaje 1 y 4:

- Comprende la definición, funciones y la naturaleza de la psicología clínica.
- Comprende la clasificación de los trastornos mentales establecidos en los principales sistemas de clasificación.

Estimado estudiante: bienvenido al segundo bimestre, es necesario destacar que se continúan desarrollando los resultados de aprendizaje uno y cuatro que le permitirá comprender y profundizar en una de las principales funciones del psicólogo clínico, la evaluación y la intervención clínica; así como, categorizar o clasificar los problemas de salud mental. En el transcurso del abordaje de las unidades del segundo bimestre encontrará actividades recomendadas, autoevaluaciones, juegos y otros recursos que le permitirán profundizar en diferentes temas.

#### Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



#### Semana 9

##### Unidad 4. Evaluación psicológica

El estudio de los tópicos que se presentan en esta semana, constituye una base fundamental con la cual podrá conocer la importancia de la evaluación psicológica en el ejercicio profesional del psicólogo clínico, así como comprender el proceso de la evaluación y la entrevista clínica.

## 4.1. Definición de evaluación psicológica

Es momento de iniciar con el análisis de la evaluación psicológica, para ello le recomiendo investigar en fuentes confiables, sobre todo en la bibliografía complementaria, y reflexionar en las siguientes preguntas que guiarán su estudio:

### ¿Qué es la evaluación psicológica?

### ¿Qué puntos de encuentro tienen los autores al respecto?

Su comprensión y reflexión es muy importante debido a la relevancia de las interrogantes. Seguidamente, me permito fortalecer y ampliar las temáticas con aspectos referidos por la literatura especializada en psicología clínica.

Se empezará refiriendo que la evaluación psicológica es un proceso de recoger información sobre el ámbito conductual, cognitivo y emocional de una persona, en este marco, la literatura nos facilita abundante información, así el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España (2014), sostiene que la evaluación consiste:

En reunir información relativa a los aspectos conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. La evaluación implica frecuentemente a más de una persona, como por ejemplo una pareja, una familia u otros grupos o colectivos. Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, la orientación vocacional, la selección de candidatos a un puesto de trabajo, la emisión de un informe pericial, la elaboración de un perfil psicológico, la obtención de datos complementarios a una evaluación previa, la selección de participantes potenciales en un proyecto de investigación psicológica, el establecimiento de una línea-base de conducta con la que comparar cambios postratamiento y otros numerosos propósitos.(p.36)

Al respecto, Compas y Gotlib (2003) definen a la evaluación como: "El proceso en el cual se recoge de manera sistemática información acerca de una persona en relación con su medioambiente, de forma que puedan tomarse decisiones basadas en esta información, que van en el mejor interés del individuo" (p.146).

En tanto que, Fernández (1992) puntuiza a la evaluación psicológica como:

Un aspecto de la psicología científica que se ocupa de la exploración y el análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportuno) de un sujeto humano o grupo especificado de sujetos con distintos objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección, predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones, en el que se incardina la aplicación de una serie de dispositivos, test y técnicas de medida y/o evaluación. (p. 17)

### **¡Importante!**

Con lo enunciado en la literatura se puede concluir que la evaluación psicológica es: un aspecto clave para el ejercicio del psicólogo clínico, siendo la acción de recoger información trascendental sobre los rasgos, habilidades, capacidades, funcionamiento emocional, entre otros aspectos, con la finalidad de tomar decisiones correctas para un individuo, un grupo o una institución. Es necesario tener presente que, al momento de evaluar, existen diferentes modelos teóricos como el médico, el psicométrico, el conductual, entre otros; cada modelo cuenta sus constructos teóricos, objetivos y técnicas.

## 4.2. Proceso de evaluación psicológica

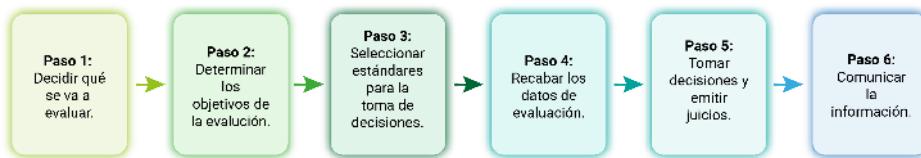
Continuando con el abordaje de las temáticas y como se ha podido notar en las definiciones anteriores, la evaluación psicológica es un proceso que, por ende, sigue pasos específicos. En este contexto, es conveniente que investigue en fuentes confiables y responda lo siguiente:

¿Qué pasos sigue el proceso de evaluación psicológica y cuáles son sus principales características?

Estoy segura de que la información investigada le pareció relevante, es momento, entonces, de revisar algunas consideraciones sobre los pasos del proceso de evaluación psicológica, tomando como base los aportes de Compas y Gotlib (2003), quienes destacan que el proceso de evaluación psicológica consta de seis pasos referidos en la imagen 8.

**Figura 8**

Pasos de la evaluación psicológica



Nota. Tomado de *Guía didáctica de Introducción a la psicología clínica* (p. 38) [Ilustración], por Vivanco, M. y Marín, T., 2016, EdiLoja, CC BY 4.0.

Con la finalidad de brindar un panorama general de los **pasos del proceso de evaluación**, a continuación, se dará una breve explicación de cada uno de ellos:

### Pasos del proceso de evaluación

- **Paso 1. Decidir qué se va a evaluar.** El psicólogo formula una pregunta o conjunto inicial de preguntas: ¿Existe un problema psicológico importante? ¿Cuál es la naturaleza del problema de esta persona? ¿Cuál es la causa

principal del problema, es emocional, de pensamiento o de conducta? ¿Cuál será el posible curso del problema si no se trata y si es tratado?, etc. Las preguntas generalmente se desarrollan como respuesta a una petición de ayuda hecha por un individuo, o por otros, que hablen por él, por ejemplo, un familiar.

- **Paso 2. Determinar los objetivos de la evaluación.** Se genera un conjunto de objetivos para recoger la información, esto es, lo que se espera lograr durante el proceso de evaluación. Los objetivos pueden incluir: clasificaciones de diagnóstico, determinación de la gravedad, detección de riesgos de futuros problemas, predicción de probabilidad de cierto tipo de conducta.
- **Paso 3. Selección de estándares para la toma de decisiones.** Implica la identificación de estándares: normativos (involucran a otra gente) y autorreferidos (con la misma persona en otros puntos del tiempo) que servirán para interpretar la información recolectada, para tomar decisiones y formular juicios acerca de la persona; el psicólogo debe tener un conjunto de criterios.
- **Paso 4. Obtención de los datos de la evaluación y métodos por utilizar.** El psicólogo debe obtener datos relevantes; este paso incluye obtener información de la persona y el ambiente en el que se desenvuelve, así como describir y registrar lo que se observa; también debe decir qué métodos va a utilizar, esto incluye el uso de entrevistas clínicas estructuradas o no estructuradas, revisiones de la historia escolar del individuo o de sus registros médicos, mediciones del funcionamiento fisiológico, pruebas psicológicas, autorreportes, informes de otras personas significativas en la vida del individuo. La elección de los métodos está influida por varios aspectos como: la edad del cliente, la orientación teórica del psicólogo, la taxonomía de la psicopatología, confiabilidad y validez de los instrumentos a utilizar, etc.
- **Paso 5. Toma de decisiones.** Involucra tomar decisiones y emitir juicios a partir de los datos recogidos acerca de la persona o personas objeto de la evaluación. Estas decisiones y juicios pueden incluir un diagnóstico formal, un análisis funcional de la conducta presente o una predicción acerca de la conducta futura. Las decisiones que se toman con base en la evaluación



psicológica pueden tener efectos profundos en la vida de la persona (determinación del grado de gravedad, intervención, tratamiento, hospitalización, etc.), por lo tanto, se debe evitar cualquier tipo de error.

- **Paso 6. Comunicar la información.** Se debe comunicar los juicios y decisiones al cliente, o a otros profesionales (médicos, maestros, otros profesionales de la salud mental), a una corte legal o familiares responsables del cliente; esto mediante un reporte psicológico escrito. (Compas y Gotlib, 2003, pp.146- 166)

A **manera de conclusión**, se puede decir que cada paso es muy importante y tiene características propias que se muestran sintéticamente:

Inicia con la formulación de las preguntas que se realizan cuando alguien demanda la intervención psicológica.

Establecer metas para la evaluación que pueden incluir: elaborar un diagnóstico, evaluar la gravedad de un problema, predecir acontecimientos o conductas futuras, y evaluar los efectos de una intervención.

Establecer los estándares que se usarán en la toma de decisiones y en la formulación de juicios sobre el cliente.

Se conduce la evaluación recogiendo datos, para lo que se utiliza entrevistas, pruebas y observaciones de la conducta.

Se evalúa los datos para obtener conclusiones, tomar decisiones y formular juicios acerca del cliente.

Por último, se comunica a otros la información y las decisiones en un reporte psicológico.

Avanzando con el estudio de la evaluación psicológica, es momento de centrarse en **los aspectos éticos en la evaluación**.

Los profesionales de la salud mental se rigen por códigos de conducta que incluyen la conducta ética en el proceso de evaluación psicológica (American Psychological Association, 1992).

Estos lineamientos éticos se han creado para proteger a los clientes de abusos de acciones de los psicólogos que los han atendido, asegurando confidencialidad de la información, protegiendo los derechos de los clientes a la intimidad y asegurar el uso de procedimientos con una confiabilidad y validez bien establecidas y empleando los resultados de la evaluación psicológica en beneficio del cliente. (Compas y Gotlib, 2003)

Es así, que para que tenga una visión general de los aspectos éticos que rigen la evaluación psicológica, le recomiendo revisar la siguiente infografía denominada "Principios éticos de la evaluación psicológica" (American Psychological Association, 1992), que tiene como finalidad, darle un panorama gráfico de los referidos principios.

### Principios éticos de la evaluación psicológica

Con la revisión de esta información, trate de responder a las interrogantes:  
¿Cuál es la finalidad de los principios éticos?

¿Qué nos dicen los principios éticos en relación con la evaluación, diagnóstico e intervenciones en un contexto profesional? En el contexto de los principios éticos. ¿A qué hace referencia la competencia y uso apropiado de evaluaciones e intervenciones?

Como se puede evidenciar, cualquier tipo de intervención que desarrolle el psicólogo clínico en general y en particular, el proceso de evaluación psicológica está regido por un código de ética que tiene como finalidad proteger a los clientes y mantener una relación profesional apropiada.

Para continuar, lo invito a tener presente que, en la evaluación psicológica, los métodos más utilizados son: entrevistas, test de inteligencia, pruebas neuropsicológicas y evaluación de la

personalidad y la conducta. Generalmente, estos procedimientos se utilizan en combinación, constituyendo una batería de pruebas o una estrategia de medida múltiple.

#### 4.3. Evaluación: la entrevista clínica

Para avanzar con el estudio de evaluación psicológica, va a centrarse en la entrevista clínica; partirá de la definición postulada por Blegler (citado en Díaz, 1998) "Es el instrumento fundamental del método clínico y, por tanto, una técnica de investigación científica de la psicología. Que persigue un objetivo psicológico (investigación, diagnóstico, terapia, etc.)" (p. 28). En este contexto y como antecedente, cabe señalar que la entrevista clínica tiene una larga historia en la evaluación psicológica, así:

Freud se basaba casi por completo en ella para obtener información y formular impresiones diagnósticas de sus pacientes. Uno de los primeros métodos formalmente estructurados de evaluación psicológica fue la hoja de datos personales de Woodworth, la cual se utilizó durante la Primera Guerra Mundial como una especie de entrevista psiquiátrica estandarizada. Los primeros métodos evolucionaron a las entrevistas psiquiátricas altamente estructuradas, empleadas en la actualidad en la investigación y la práctica clínica, que buscan derivar diagnósticos del DSM-5. (Compas y Gotlib, 2003)

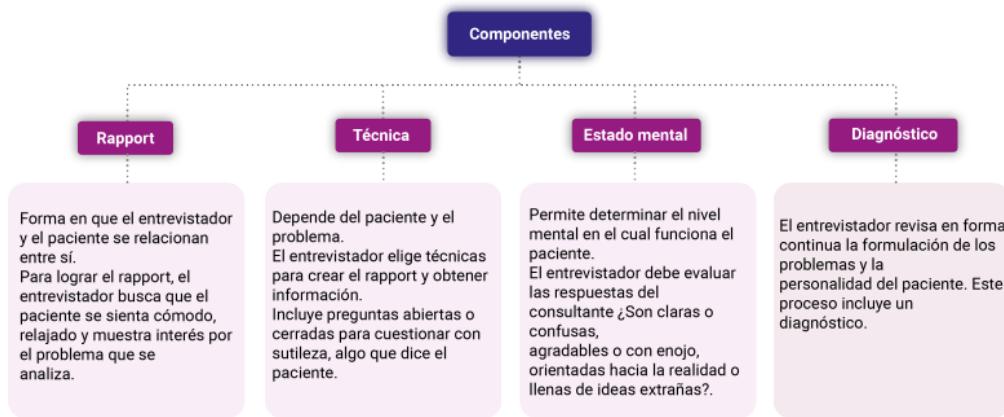
Partiendo de estos antecedentes, es necesario considerar que una entrevista clínica efectiva debe tener una meta y un propósito; el entrevistador empieza a interactuar con su cliente cuando tiene una idea clara de lo que debe lograr y un plan para conseguir estos objetivos, en este contexto, la entrevista clínica tiene tres metas principales: recabar información, obtener los datos necesarios para llegar a un diagnóstico o tomar decisiones importantes y establecer una adecuada relación con el cliente que permita la evaluación e intervenciones continuas de requerirse. (Compas y Gotlib, 2003)

Asimismo, se debe tener presente que existen cuatro componentes importantes en todo tipo de entrevista clínica, como se evidencia en la imagen 9, que sintetiza la temática.



**Figura 9**

Componentes de la entrevista clínica.



Nota. Adaptado de *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. 11a ed. [Ilustración], por Sarason, I. y Sarason, B., 2006, Pearson Educación, CC BY 4.0.

Una vez que tenga claro los aspectos importantes de la entrevista, es momento de mencionar que el éxito de la misma depende de las habilidades verbales y no verbales (contacto ocular, postura corporal, expresión facial, etc.) de comunicación del psicólogo; el entrevistador exitoso es capaz de relajar al paciente, obtener información y sentar las bases para la evaluación e intervención futura. (Compas y Gotlib, 2003)

Dentro de este marco se debe señalar que las habilidades del psicólogo clínico, pueden ser habilidades de acompañamiento (métodos verbales y no verbales utilizados para asegurar la supervisión precisa del cliente) o habilidades para influir en la conducta del paciente (se utilizan con el propósito de guiar y moldear las respuestas del consultante).

A continuación, se presenta una tabla que resume las principales habilidades de comunicación, de acompañamiento y de influencia de los psicólogos clínicos utilizadas en la entrevista clínica, referidas por Compas y Gotlib (2003). En consideración de la siguiente afirmación de su cliente Phillip: "Me

siento ansioso cada vez que tengo que hacer una presentación frente a otros en el trabajo. Siento pánico; me aterra hacer el ridículo. Y ni siquiera sé por qué. Es automático" (p.173).



**Tabla 5**

Características de las pruebas proyectivas y objetivas

Habilidades de acompañamiento	Descripción y ejemplos de las respuestas del terapeuta
<b>Pregunta abierta</b>	Se utiliza para facilitar la apertura y autoexploración del cliente: “¿Por qué piensa que experimenta esos sentimientos cada vez que va a casa?” “¿Puede decirme algo más acerca de lo que siente?”
<b>Pregunta cerrada</b>	Usada para obtener información y aclaración, generalmente es respondida con sí, no o muy pocas palabras: “¿Cuál es su edad?” “¿A qué se dedica?” “Dónde estaba cuando esto sucedió la última vez”
<b>Parafraseo</b>	Consiste en la repetición de las palabras y pensamientos más significativos del paciente “¿De manera que le aterra hacer presentaciones en el trabajo, pero no sabe por qué?” “Entiendo que la enfermedad de su padre le preocupe”.
<b>Motivación mínima</b>	Consiste en repetir al cliente alguna de sus palabras o hacer comentarios breves: “Cuénteme más”, “de modo qué”, “mmm-hmm”
<b>Reflejar el sentimiento</b>	Consiste en repetir la parte afectiva del mensaje y subrayar los sentimientos asociados con la idea. “¿Se siente asustado, aterrado y confundido?” “¿Parece como si se sintiera abrumado?”
<b>Resumir</b>	Implica sintetizar un segmento del dialogo con el cliente con el fin de corroborar lo registrado: “Parece como si tuviera una reacción automática a presentar temas en el trabajo, esto es, le da miedo y se pone ansioso, pero no sabe por qué”
<b>Habilidades para influir</b>	Descripción y ejemplos de las respuestas del terapeuta
<b>Afirmaciones directivas</b>	Implica brindar directrices o instrucciones al cliente para influir o guiar en el curso de la entrevista: “Cuénteme más acerca del temor que experimentó cuando se puso de pie para hacer su presentación”
<b>Autorrevelación</b>	Entre otros aspectos ofrece un modelo al cliente para compartir experiencias y emociones personales: “Empiezo a sentirme ansioso conforme habla de su experiencia”
<b>Interpretación</b>	Supone reetiquetar pensamientos y emociones del cliente desde la perspectiva del psicólogo: “Quizá sus temores acerca de hacer presentaciones en el trabajo son sólo una parte de un problema mayor”



Habilidades de acompañamiento	Descripción y ejemplos de las respuestas del terapeuta
Consejo u orientación	Hace referencia a brindar información, asesoramiento o guía al cliente: "Como parte de la estrategia terapéutica con la que vamos a tratar con estos temores, voy a hacer que en esta semana dedique tiempo a aprender a relajarse"

Nota. Adaptado de *Introducción a la psicología Clínica*, por Compas, B. y Gotlib, I., 2003, McGraw Hill.

Es necesario resaltar que la entrevista clínica le permite al psicólogo observar al cliente y recabar información sobre la personalidad, historia de vida y situación actual, en este contexto, es de vital importancia analizar lo que el cliente dice (contenido) y la forma como se comunica (proceso de comunicación).

### ¡Para tener presente!

En la entrevista, es necesario que el clínico tenga muy en cuenta las diferencias culturales en la comunicación, ya que le permite considerar valores y creencias acerca del poder y el estatus, tolerancia a la incertidumbre, interés hacia el individualismo, el logro y la assertividad, entre otros aspectos; así como también, que en la entrevista con niños debe centrarse en preguntas concretas, sobre el aquí y ahora, plantearlas en forma que permita a los niños ofrecer juicios simples y unidimensionales y entrevistas con los padres. (Compas y Gotlib, 2003)

En la práctica clínica y dependiendo de la meta establecida, los profesionales de la salud mental utilizan diferentes formatos de entrevista, como se evidencia a continuación.

#### 4.3.1. Formatos de entrevista

Una vez conocidos los diferentes tipos de habilidades de comunicación del entrevistador, es necesario conocer los formatos de entrevista clínica. Al respecto, el psicólogo tiene la posibilidad de elegir entre una variedad de formatos, que van desde los formatos no estructurados, semiestructurados hasta los altamente estructurados.

Por consiguiente, algunos autores concuerdan en destacar cuatro principales formatos de entrevista clínica, que se describen sintéticamente a continuación:

**Entrevista clínica no estructurada:** Díaz-Bravo et al., (2013) afirman que este tipo de entrevistas "son más informales, flexibles y se planean de manera tal, que pueden adaptarse a los sujetos y a las condiciones. Las personas tienen la libertad de ir más allá de las preguntas y pueden desviarse del plan original" (p. 163). Se caracteriza porque presenta tres fases: **Introductoria:** proporcionar al cliente información básica sobre la naturaleza y metas de la entrevista. En esta se disminuye la incomodidad del cliente hasta un nivel manejable. **Media:** se emplea para obtener información usando preguntas abiertas y cerradas, finalmente la **de cierre o conclusión:** debe proporcionar cierto grado de cierre para la sesión, pero también una transición a sesiones subsiguientes, si las hubiese, es posible que en esta fase el entrevistador incluya un resumen para influir y una expresión del contenido y planes para la siguiente sesión. (Compas y Gotlib, 2003, pp. 180-182)

Es necesario resaltar que, por lo general, las entrevistas iniciales no son estructuradas y que, en clientes nuevos, es importante evaluar el estado mental actual.

**Examen del estado mental:** es uno de los formatos más antiguos y contempla los siguientes aspectos: apariencia general y conducta del paciente (vestimenta, postura, modo de andar, gestos, higiene y cuidado personal). Procesos de habla y pensamiento (se expresan de manera coherente, normal en su progresión, espontánea y entendible, el discurso es tangencial, lento o se

caracteriza por el empleo de palabras o sintaxis extrañas, pensamiento delirante, conciencia). Estado de ánimo y afecto (contenido de las descripciones sobre su estado de ánimo actual, observaciones de postura corporal y expresión facial, afecto apropiado para los temas analizados, variaciones del afecto durante la entrevista). Orientación en tiempo, lugar, persona, memoria, recuerdos de acontecimientos recientes o distantes. Y el último aspecto sería atención y concentración, información general, inteligencia, entre otros. (Compas y Gotlib, 2003)

**Entrevistas semiestructuradas:** “presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad para motivar al cliente, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos”. (Díaz-Bravo et al., 2013, p.163)

**Entrevistas diagnósticas estructuradas:** la meta principal al desarrollar procedimientos de entrevistas altamente estructurales, es tener un método que proporcione información acerca de criterios diagnósticos específicos, así como mejorar la confiabilidad de las entrevistas reduciendo el impacto de los estilos e idiosincrasias personales de los entrevistadores. Estas entrevistas especifican la secuencia y el planteamiento exacto de preguntas; plantea reglas para registrar y clarificar las respuestas, limitando el papel y juicio clínicos en la obtención y registro de la información. Se han establecido entrevistas diagnósticas para adultos (programa de trastornos afectivos y esquizofrenia, entrevista clínica estructurada para el DSM-5, programa de entrevista de trastornos de ansiedad, escala de calificación Hamilton para la depresión) y entrevistas para niños y adolescentes (programa de trastornos afectivos y la esquizofrenia para niños en edad escolar, programa de entrevista diagnóstica para niños-versión IV). (Compas y Gotlib, 2003, pp. 184- 193)

**¡Para destacar!**



Por lo referido en la literatura se puede concluir que la entrevista clínica es un aspecto vital en la evaluación en la psicología clínica, constituye un paso fundamental en el proceso de obtener información, construir rapport con el cliente y elaborar diagnósticos. En las entrevistas efectivas, las habilidades comunicativas del entrevistador son fundamentales, pues permiten acompañar, orientar e influir al usuario. La mayoría de las entrevistas clínicas usan un formato relativamente no estructurado que permiten al cliente dar forma a la entrevista y son óptimas para establecer el rapport, pero la falta de confiabilidad y validez de estas entrevistas han llevado al desarrollo de entrevistas diagnósticas estructuradas para usarse con niños, adolescentes y adultos, con la finalidad de establecer diagnósticos del DSM-V confiables y válidos.

Una vez comprendido el proceso de la evaluación psicológica y dentro de este, la importancia de la entrevista clínica, es necesario reforzar lo estudiado, para ello, le animo a desarrollar las siguientes actividades que le permitirán una adecuada interiorización de sus aprendizajes.



## Actividades de aprendizaje recomendadas

### 1. Analice críticamente el caso Ronald.

#### Planteamiento:

#### Planteamiento del caso Ronald

Ronald, un hombre soltero de 42 años de edad, ha vivido en hospitales estatales más o menos desde la muerte de su padre, cinco años atrás. Como hermano menor, su familia observó que era extremadamente tímido y retraído. Aunque claramente unido a ellos, no le gustaba abrazar, besar o alguna otra expresión de afecto. En la escuela tendía a ser solitario, y aunque funcionaba en un nivel promedio, sus padres lo consideraban como brillante y creativo porque había leído una gran cantidad de libros,

poseía un amplio vocabulario y disfrutaba de diversos juegos intelectuales. También le gustaba inventar cosas. En preparatoria, inventó un nuevo alfabeto que, se suponía, sería más funcional fonéticamente que el de uso actual. Aunque trató de explicar sus principios básicos, nadie pareció entenderlo. Algunas veces sus padres no podían determinar si era difícil entenderlo debido a que era mucho más inteligente que ellos o si su pensamiento era desorganizado simplemente.

Durante la preparatoria, Ronald no participó en ninguna liga, no tenía amigos y nunca tuvo una cita romántica. Ingresó a la universidad, pero se dio de baja al finalizar el primer semestre debido a sus malas calificaciones. Regresó a vivir con sus padres, pero a pesar de los repetidos esfuerzos por sacarlo de casa y de que realizará diversos tipos de trabajos, nunca fue capaz de persistir y de llevar a cabo alguna tarea de forma confiable. Se vio cada vez más absorbido por un mundo de fantasías y pasaba la mayor parte de su tiempo en una “comunicación intergaláctica”. Decía que recibía mensajes de una galaxia desconocida en un lenguaje especial que solo él podía entender. Estos mensajes que escuchaba, como si fueran voces, que le hablaban desde dentro de su cabeza, describían eventos en la lejana galaxia de Atán. A medida que crecía, parecía perder interés en comentar con otras personas acerca de su mundo interior y de las voces que escuchaba. Nunca le interesó su apariencia y se volvió descuidado. Mostró tendencia a usar ropa y estilos de peinado muy extraños. [...]

Ronald fue hospitalizado brevemente después de volver a casa de la universidad y se le administraron antipsicóticos que lo ayudaron muy poco. Era incapaz de dar seguimiento a las tareas, desarrolló un retiro social extremo y se preocupó completamente por su mundo de fantasías. Después de la muerte de su madre, cuando él tenía 32 años, requirió una nueva hospitalización. Altas dosis de antipsicóticos parecieron ayudarlo temporalmente, pero no tuvieron efectos duraderos. Tenía 37 años de edad en el momento de fallecer su padre. Vivió solo en su casa durante el siguiente año, pero fue finalmente hospitalizado, después de que varias quejas de los vecinos trajeron la atención de agencias comunitarias.

Había vivido en la casa durante el último año sin haber lavado nada de ropa, sin sacar la basura o lavar los platos. La casa gradualmente se llenó de comida podrida, desperdicios y periódicos viejos. Se internó en una institución de cuidado crónico porque era incapaz de funcionar de manera independiente (Ho y cols., 2003, pp. 390-391, citado por Sarason y Sarason, 2006).

### Estrategias de trabajo:

- Para el análisis del caso, utilice el fundamento teórico que ha estudiado en la Unidad 4. Evaluación psicológica, centre su atención en el apartado de proceso de evaluación psicológica.
- Revise también la infografía denominada: "Principios éticos de la evaluación psicológica"
- Puede consultar otras fuentes bibliográficas confiables de su elección para que establezca puntos de encuentro entre los autores.
- Lea detenidamente el caso y, en función de la información descrita, responda con argumentos a las preguntas asociadas.

### Preguntas:

1. Explique los pasos que debe seguir en el proceso de evaluación psicológica de Ronald.
2. El psicólogo encargado emite el diagnóstico de esquizofrenia y recomienda el tratamiento adecuado para este trastorno (Terapia farmacológica, psicosocial y familiar), tanto a los familiares responsables, como al personal de la institución de cuidado en la que se encuentra Ronald; esto lo hace mediante un informe psicológico escrito. Lo citado ¿A qué paso del proceso de evaluación hace referencia?
3. ¿Mediante qué formato de entrevista se puede determinar el nivel mental en el cual funciona Ronald?
4. Explique con argumentos ¿Qué formato de entrevista se debe utilizar en la entrevista inicial con Ronald?

5. En el proceso de intervención psicológica bajo ¿Qué lineamientos éticos debe proceder el psicólogo?

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

### Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



## Semana 10

### Unidad 4. Evaluación psicológica

Continúe con el abordaje de la Unidad 4. Evaluación psicológica. El estudio de los temas que se proponen en esta semana son una base importante que le permitirá conocer y comprender las técnicas del proceso de evaluación de la inteligencia y las pruebas neuropsicológicas.

#### 44.4. Evaluación: medición de la inteligencia

Para introducirse en la temática, le recomiendo investigar en fuentes confiables de la web y reflexionar sobre ¿qué es la inteligencia y qué pruebas son las más utilizadas en la actualidad para la evaluación intelectual? Su reflexión es muy significativa, ahora me permito fortalecer y ampliar el tema, con algunos aspectos que constan en la literatura en relación con la definición de inteligencia, para seguidamente analizar la evaluación intelectual y neuropsicológica.

##### 4.4.1. Definición de inteligencia

Partirá del hecho que la inteligencia es considerada como uno de los aspectos psicológicos claves para la comprensión de la conducta humana, en este contexto los autores concuerdan que la inteligencia es concepto central, aunque controversial, desde que en 1916 Binet y Simon desarrollaron las primeras pruebas prácticas de inteligencia, los psicólogos llevan más de un siglo intentando definirla; así una de las definiciones más aceptadas es la de

Wechsler (1939, citado en Compas y Gotlib, 2003), refiere que la inteligencia es: "La capacidad agregada o global del individuo para actuar en forma propositiva, pensar racionalmente y tratar de manera eficaz con el ambiente" (p. 200); este autor ejerció una influencia significativa con las pruebas de inteligencia que elaboró.

Cabe referir que todas las definiciones evidenciadas en la literatura destacan que la inteligencia es la habilidad para adaptarse o interactuar con el ambiente y resolver problemas o razonar de alguna forma. Se menciona también que:

La inteligencia es un constructo hipotético, es decir, que solo existe en la forma en que las personas la definen. La inteligencia no puede tocarse ni observarse en forma directa. Solo puede verse sus consecuencias en la conducta y el desempeño de los individuos, por ello, las pruebas de inteligencia son un intento por hacer observable un concepto que no puede observarse. Las definiciones brindadas por los estudiosos de la inteligencia varían en la medida en que la consideran como una capacidad innata de los individuos (inteligencia genotípica) o en la forma en que los individuos se desempeñan (inteligencia fenotípica), esta distinción tiene importantes repercusiones en la medición de la inteligencia. (Compas y Gotlib, 2003, p.199)

En relación con los orígenes de la inteligencia, las investigaciones (sobre todo en gemelos y adopción), refieren que esta, es el resultado de factores genéticos y ambientales; el debate se centraliza sobre todo en las implicaciones para las diferencias individuales.

#### 4.5. Medición de inteligencia en el niño, el adolescente y el adulto

Ahora es momento de tratar la medición de la inteligencia. Las pruebas de inteligencia de mayor uso en la actualidad son las escalas de **Wechsler** para niños, adolescentes y adultos, estas pruebas tienen un alto nivel de confiabilidad y una adecuada validez para predecir el desempeño académico y laboral.

Desde su creación hasta la actualidad, estas pruebas han incorporado notables cambios y mejoras. La literatura especializada concuerda que el modelo Wechsler se basa en la investigación neuropsicológica más actual. Los test de Wechsler se encuentran en línea con las teorías contemporáneas sobre inteligencia.

Seguidamente, se presentará una breve descripción de las escalas: WPPSI-IV (escala propuesta para preescolares y primaria), WISC-V (escala dirigida a niños) y WAIS-IV (escala destinada a adultos).

### **Escala Wechsler de inteligencia para niños, WISC-V**

**Figura 10**

Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V



Nota. Tomado de *WISC-V, Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V* [Ilustración], por Wechles, D., s.f., [Pearson](#), CC BY 4.0.

Para que identifique los aspectos relevantes de esta escala, es necesario leer comprensivamente: [La evaluación de la Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V](#) (Consejo General de

Psicología de España, 2016), que cita el resumen de la valoración del test: descripción, generalidades, entre otros aspectos.

Una vez que ha realizado la lectura, extraiga las ideas principales y elabore un resumen en el cual pueda responder las siguientes interrogantes:

**¿Cuáles son las principales fortalezas del WISC-V? ¿A personas de qué edad se puede aplicar? ¿Cómo está estructurada la escala?**

Estoy segura de que la información le pareció importante. Al respecto, es necesario subrayar que el Consejo General de Psicología de España, (2016), en el contexto de test evaluados en España, refiere que:

La escala de inteligencia de Wechsler para niños-V (WISC-V) es un instrumento clínico de aplicación individual que evalúa la inteligencia en niños de 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses. El WISC-V se puede considerar como una de las herramientas más importantes para la evaluación de la inteligencia. La elección de las escalas de inteligencia Weschler, y concretamente la versión V, se asienta en el amplio respaldo empírico y teórico. La inteligencia es uno de los factores psicológicos de mayor relevancia para la comprensión de la conducta humana. La escala WISC-V ofrece puntuaciones de los índices primarios de inteligencia que reflejan el funcionamiento intelectual en diferentes áreas cognitivas: comprensión verbal, viso espacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Asimismo mismo ofrece una puntuación general (CI total) y de igual forma puntuaciones en índices secundarios, que reflejan aptitudes cognitivas en diferentes agrupaciones, que atienden a necesidades clínicas (por ejemplo: no verbal y capacidad general). Una de las principales fortalezas del WISC-V es el hecho de que engloba diferentes manifestaciones de la inteligencia atendiendo a la manifestación multidimensional de la misma. También resultan útiles en la evaluación de grupos clínicos en los que hay dificultades atencionales y/o motivacionales, o en aquellos en los que la fatiga puede aparecer pronto. Entre otras de las principales fortalezas, cabe destacar, que se incluyen nuevas medidas de razonamiento fluido, visoespacial y memoria de trabajo. Asimismo, se dispone de nuevos y



diferenciados índices de razonamiento fluido y visoespacial y nuevos índices secundarios que permiten ajustar el diagnóstico a situaciones clínicas específicas. (p.3)

En la imagen 11 puede apreciarse la estructura del Wechsler para niños-V (WISC-V)

**Figura 11**

Estructura de WISC-V

Escala total				
Comprensión verbal	Visoespecial	Razonamiento de trabajo	Memoria de trabajo	Velocidad de procesamiento
Semejanzas Vocabulario	Cubos	Matrices Balanzas	Dígitos	Claves
Información Comprensión	Puzzles visuales	Aritmética	Span de dibujos Letras y números	Búsqueda de símbolos
Cancelación				
Escalas primarias				
Comprensión verbal	Visoespecial	Razonamiento de trabajo	Memoria de trabajo	Velocidad de procesamiento
Semejanzas Vocabulario	Cubos Puzzles visuales	Matrices Balanzas	Dígitos Span de dibujos	Claves Búsqueda de símbolos
Escalas secundarias				
Razonamiento cuantitativo	Memoria de trabajo auditivo	No verbal	Capacidad general	Competencia cognitiva
Balanzas Aritméticas	Dígitos Letras y números	Cubos Puzzles visuales Matrices Balanzas Span de dibujos Claves	Semejanzas Vocabulario Cubos Matrices Balanzas	Dígitos Span de dibujos Claves Búsqueda de símbolos

Nota. Tomado de *WISC-V, Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V [Ilustración]*, por Wechles, D., s.f., [Pearson](#), CC BY 4.0.

Una vez que ha podido apreciar las principales características y fortalezas del WISC-V, le motivo a revisar de forma breve los aspectos relevantes de la escala Wechsler para adultos.

## ¡Para tener presente!

WISC-V se aplica de manera individual a niños de edades comprendidas entre 6 años 0 meses a 16 años 11meses. Está estructurada por:

- **Una escala total** que está conformada por: comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento
- **Las escalas primarias** son: comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, menoría de trabajo, velocidad de procesamiento
- **Las escalas secundarias** constan de: razonamiento cuantitativo, memoria de trabajo auditivo, no verbal, capacidad general y competencia cognitiva
- **Los materiales** para la aplicación del test son: manual de aplicación y corrección, manual técnico y de interpretación, cuadernillo de anotación, cuaderno de estímulos 1 y 2, cuadernillo de respuestas 1 y 2, cubos, plantillas de corrección, 2 lápices y perfiles online (Plataforma Q-global).

## Escala Wechsler de inteligencia para adultos, WAIS - IV

**Figura 12**

Ilustración 9. WAIS-IV para adultos



Nota. Tomado de *Wechsler Adult Intelligence Scale / Fourth Edition* [Ilustración], por Wechsler, D., 2008, [Pearson](#), CC BY 4.0.

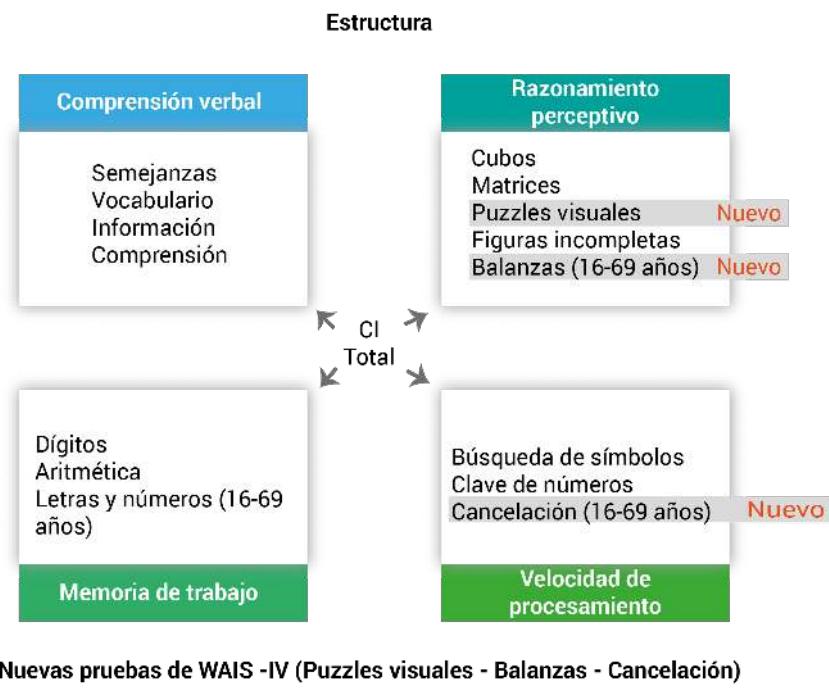
El Consejo General de Psicología de España, (2012) en el contexto de test evaluados en España refiere que la escala WAIS-IV:

Es un instrumento clínico de aplicación individual para evaluar la inteligencia de adultos de 16 a 89 años. Se trata de una versión revisada de la escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III. La WAIS-IV ofrece puntuaciones compuestas que reflejan el funcionamiento intelectual en cuatro áreas cognitivas (comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento) y una puntuación compuesta que representa la aptitud intelectual general (CI total). La escala pretende medir: inteligencia, aptitudes, neuropsicología, escalas clínicas. Los materiales que se requieren para la aplicación son: manual de aplicación y corrección, manual técnico y de interpretación, cuaderno de estímulos 1, cuaderno de estímulos 2, cuadernillo de anotación, cuadernillo de respuestas 1, cuadernillo de respuestas 2, plantillas de corrección y cubos (p.5).

Las características generales y la estructura del WAIS-IV se muestran de forma específica en la imagen 13.

**Figura 13**

Estructura y nuevas pruebas WAIS – IV- adultos



Nota. Adaptado de Wechsler Adult Intelligence Scale | Fourth Edition [Ilustración], por Wechsler, D., 2008, [Pearson](#), CC BY 4.0.

*Para recordar:*



WAIS - IV se aplica de manera individual a personas de 16 años a 89 años 11 meses. La escala pretende medir: inteligencia, aptitudes, neuropsicología, escalas clínicas. Está estructurado de la siguiente manera:

**Comprensión verbal** que está constituida por: semejanzas, vocabulario, información y comprensión.

**Razonamiento perceptivo** que incluye cubos, matrices, puzzles visuales, figuras incompletas y balanzas.

**Memoria de trabajo** que consta de: dígitos, aritmética, letras y números.

**Velocidad de procesamiento** que contiene: búsqueda de símbolos, clave de números y cancelación.

### **Lectura**

Para ampliar la información sobre este test, le sugiero que lea comprensivamente la Evaluación del cuestionario WAIS – IV referido por el Consejo general de Psicología de España (2012), que menciona, entre otros aspectos, el resumen de la valoración del test: (descripción, generalidades, etc.).

Continúe con el análisis de los test de inteligencia, ahora es momento de estudiar lo relacionado con la escala Wechsler, que está destinada para niños y niñas de niveles preescolar y primaria.

Escala Wechsler de inteligencia para preescolar y primaria, WPPSI- IV

**Figura 14**

WPPSI -IV



Nota. Tomado de *WPPSI-IV, Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria* [Ilustración], por Wechsler, D., 2014, [Pearson](#), CC BY 4.0.

El Consejo General de Psicología de España (2014), en el contexto de test evaluados en España, menciona una breve descripción del test, sugiriendo que:

La escala está diseñada para evaluar la inteligencia de los niños de 2 años y 6 meses a 7 años y 7 meses. Consta de quince pruebas: información, semejanzas, vocabulario, comprensión, cubos, rompecabezas, matrices, conceptos, reconocimiento, localización, búsqueda de animales, cancelación, clave de figuras, dibujos y nombres. Distintas combinaciones de las puntuaciones de estas pruebas permiten estimar una puntuación de Cociente Intelectual Total (CIT), índices primarios e índices secundarios. Los índices primarios, que reflejan el funcionamiento intelectual en distintos dominios de la aptitud cognitiva, se fundamentan en resultados de análisis factoriales; los índices secundarios, que reflejan otros aspectos de la aptitud cognitiva, tienen una base teórica y se pueden utilizar para complementar a los primarios en situaciones clínicas. La estructura de la WPPSI-IV se organiza en tres niveles: escala total (da lugar a la puntuación CI), escalas primarias (de

las que se obtienen los índices primarios) y escalas secundarias (que dan lugar a los índices secundarios). Una misma prueba puede formar parte de diferentes escalas. Una misma escala, siguiendo las normas de sustitución de pruebas principales por pruebas complementarias que se indican en el manual, puede estar formada por pruebas diferentes en casos diferentes. Para la franja de edad de 2 años 6 meses a 3 años 11 meses, distintas combinaciones de las puntuaciones procedentes de siete pruebas (dibujos, información, nombres, cubos, rompecabezas, reconocimiento y localización) se emplean en el cálculo de tres índices primarios (comprensión verbal, visoespacial y memoria de trabajo) y una puntuación CIT. Es posible obtener, además, tres índices secundarios (adquisición de vocabulario, no verbal y capacidad general). Para las edades de 4 años 0 meses a 7 años 7 meses, a partir de distintas combinaciones de las puntuaciones procedentes de las quince pruebas, se obtienen cinco índices primarios (comprensión verbal, viso espacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento), además de una puntuación CIT. Pueden calcularse además cuatro índices secundarios: adquisición de vocabulario, no verbal, capacidad general y competencia cognitiva. (pp. 4-5)

El juego completo para la aplicación del test incluye: manual de aplicación y corrección, manual técnico y de interpretación, cuadernillo de anotación primera etapa (edad: 2 años 6 meses a 3 años 11 meses), cuadernillo de anotación segunda etapa (edad: 4 años 0 meses a 7 años 7 meses), cuadernillo de respuestas 1: búsqueda de animales, cuadernillo de respuestas 2: cancelación, tampones de tinta, cuadernillo de respuestas 3: clave de figuras, plantilla de corrección para cancelación, plantilla de corrección para figuras, plantilla de corrección para la búsqueda de animales, 14 cubos, planos de localización, tarjetas de animales para la localización y 13 puzzles para rompecabezas. (Consejo General de Psicología de España, 2014)

A continuación, se presenta la imagen 15 que permite apreciar la estructura del WPPSI-IV, tanto para las edades de 2 años 6 meses a 3 años 11 meses, como para las edades comprendidas entre 4 años 0 meses y 7 años 7 meses.

**Figura 15***Estructura del WPPSI-IV*

Edades de 2:6 a 3:11				
Escala total				
Comprensión verbal <b>Dibujos</b> <b>Información</b> <b>Nombres</b>	Visoespacial <b>Cubos</b> <b>Rompecabezas</b>	Memoria de trabajo <b>Reconocimiento</b> <b>Localización</b>		
Escalas primarias				
Comprensión verbal <b>Dibujos</b> <b>Información</b>	Visoespacial <b>Cubos</b> <b>Rompecabezas</b>	Memoria de trabajo <b>Reconocimiento</b> <b>Localización</b>		
Escalas secundarias				
Adquisición de vocabulario <b>Dibujos</b> <b>Nombres</b>	No verbal <b>Cubos</b> <b>Rompecabezas</b> <b>Reconocimiento</b> <b>Localización</b>	Capacidad general <b>Dibujos</b> <b>Información</b> <b>Nombres</b> <b>Cubos</b> <b>Rompecabezas</b>		
Edades de 4:0 a 7:7				
Escala total				
Comprensión verbal <b>Información</b> <b>Semejanzas</b> <b>Vocabulario</b> <b>Comprensión</b>	Visoespacial <b>Cubos</b> <b>Rompecabezas</b>	Razonamiento fluido <b>Matrices</b> <b>Conceptos</b>	Memoria de trabajo <b>Reconocimiento</b> <b>Localización</b>	Velocidad de procesamiento <b>Búsqueda de animales</b> <b>Cancelación</b> <b>Clave de figuras</b>
Escalas primarias				
Comprensión verbal <b>Información</b> <b>Semejanzas</b>	Visoespacial <b>Cubos</b> <b>Rompecabezas</b>	Razonamiento fluido <b>Matrices</b> <b>Conceptos</b>	Memoria de trabajo <b>Reconocimiento</b> <b>Localización</b>	Velocidad de procesamiento <b>Búsqueda de animales</b> <b>Cancelación</b>
Escalas secundarias				
Adquisición de vocabulario <b>Dibujos</b> <b>Nombres</b>	No verbal <b>Cubos</b> <b>Rompecabezas</b> <b>Reconocimiento</b> <b>Localización</b> <b>Búsqueda de animales</b> <b>Cancelación</b> <b>Clave de figuras</b>	Capacidad general <b>Información</b> <b>Semejanzas</b> <b>Vocabulario</b> <b>Comprensión</b> <b>Cubos</b> <b>Rompecabezas</b> <b>Matrices</b> <b>Conceptos</b>		Competencia cognitiva <b>Reconocimiento</b> <b>Localización</b> <b>Búsqueda de animales</b> <b>Cancelación</b> <b>Clave de figuras</b>

Nota. Adapatado de *WPPSI-IV, Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria* [Ilustración], por Wechles, D., 2014, Pearson, CC BY 4.0.

Basado en la literatura consultada, se puede concluir que WPPSI- IV se aplica de manera individual a niños de edades comprendidas entre 2 años 6 meses y 7 años 7 meses. Está estructurada por una escala total y escalas primarias y secundarias.

- **En la primera etapa:** edad de 2 años 6 meses a 3 años 11 meses. **La escala total incluye:** comprensión verbal, viso espacial, memoria de trabajo, **las escalas primarias** son: comprensión verbal, viso espacial, en tanto que, **las escalas secundarias** constan de: adquisición de vocabulario, no verbal y capacidad general.
- **En la segunda etapa:** edad de 4 años 0 meses a 7 años 7 meses. **La escala total** está conformada por: comprensión verbal, viso espacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, mientras que **las escalas primarias** incluyen: comprensión verbal, viso espacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, en tanto que, **las escalas secundarias** contienen: adquisición verbal, no verbal, y capacidad general y competencia cognitiva.

### Lectura

Para profundizar en el tema lea comprensivamente [la evaluación del cuestionario Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria-IV, referido por El Consejo general de Psicología de España](#), que menciona, en el resumen de la valoración del test: descripción, generalidades, entre otros aspectos.

Avance con los test de inteligencia, otra medida utilizada en la actualidad es el **test breve de inteligencia de Kaufman (K-BIT)**.

**Figura 16**

Test K-BIT



Nota. Tomado de *Medir la inteligencia con K-BIT* [Ilustración], por Garrido, J., s.f., [Psicopedia](#), CC BY 4.0.

Revise de forma breve las características de la prueba; las autoras de este test son Allen y Nadine Kaufman, mide la inteligencia general (verbal y no verbal) en niños, adolescentes y adultos, también puede aportar información para decidir una exploración más profunda, se aplica de forma individual, el tiempo de aplicación es breve de 15 a 30 minutos, aproximadamente, se puede aplicar desde los 4 a los 90 años de edad. Puede utilizarse en el área educativa y en el área clínica.

Está formado por dos Subtests:

- **Vocabulario:** medida de la habilidad verbal que requiere respuestas orales. Se evalúan habilidades verbales, desarrollo del lenguaje, formación de conceptos verbales y caudal de información.
- **Matrices:** mide habilidades no verbales y capacidad para resolver nuevos problemas. Evalúa la capacidad para resolver problemas de razonamiento a través de estímulos visuales, tanto figurativos como abstractos.
- Además, ninguno de los test exige una respuesta motora, por lo que puede ser aplicado a sujetos con algún tipo de impedimento físico. (Catálogo Pearson, 2018, test de evaluación psicológica clínica).

## ¡Atención!

**K-BIT:** proporciona una apreciación breve de la inteligencia, se aplica de manera individual a personas en edades comprendidas entre 4 años a 90 años. Está estructurado por dos subtest: vocabulario y matrices, es de aplicación breve de 15 a 30 minutos. Le recomiendo profundizar la información sobre esta prueba en fuentes confiables de la WEB.

Como se pudo observar, existen diferentes pruebas que nos brindan valiosa información sobre el funcionamiento intelectual de niños, adolescentes y adultos, que pueden ser una ayuda importante para la predicción del desempeño (escolar y laboral), detección de retraso mental y deterioro intelectual en diferentes trastornos, entre otros aspectos. Las pruebas de inteligencia que más se usan en la actualidad son las escalas Wechsler, para adultos, niños y adolescentes. Otra prueba utilizada es el test breve de inteligencia K-BIT, utilizado también en niños, adolescentes y adultos.

## 4.6. Evaluación neuropsicológica

Una vez que hemos vislumbrado la medición de la inteligencia, es preciso enfocarnos en **la evaluación neuropsicológica**; la literatura da a conocer que, entre otros aspectos se utiliza para medir las conductas observables que reflejan el funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso.

Por otra parte, Tirapu (2007) refiere que el objetivo fundamental de las evaluaciones neuropsicológicas:

Ya no se centra exclusivamente en identificar una posible alteración de las funciones reguladas por la corteza cerebral, sino que se dirige cada vez más hacia las necesidades de tratamiento que tienen las personas afectadas por alteraciones en las funciones cerebrales superiores, lo que permite entender la importancia creciente de los programas de rehabilitación neuropsicológica como un recurso terapéutico cada vez más necesario (p.191)

Como se evidencia en la literatura antes referida, el objetivo de la evaluación neuropsicológica es integral y está encaminado a determinar posibles alteraciones en las funciones del cerebro y el sistema nervioso, así como determinar el tratamiento adecuado para la persona afectada. Es importante que, previo a la evaluación, se deban seleccionar instrumentos psicológicos o pruebas que gocen de fiabilidad y validez.

Según Compas y Gotlib (2003), las pruebas neuropsicológicas incluyen:

Mediciones del lenguaje, razonamiento abstracto, memoria a corto y a largo plazo y procesamiento visoespacial. Dentro del proceso de evaluación, dichas pruebas se emplean para determinar la presencia, grado y localización de daños cerebrales, tumores, los resultados del abuso crónico del alcohol y otras formas de lesiones del cerebro. (p.222)

Tirapu (2007) menciona, que la valoración de las personas con una disfunción cognitiva incluye el estudio de: rendimiento intelectual general, atención, velocidad de procesamiento de la información, capacidad de aprendizaje y memoria, habilidades perceptivas y motoras, lenguaje y la comunicación, razonamiento, capacidad de solución de problemas y otras funciones asociadas a los lóbulos frontales.

En relación con el proceso de evaluación, refiere que: "La evaluación de las consecuencias de la lesión cerebral requiere aplicar la observación, la entrevista y diferentes pruebas de evaluación neuropsicológica. Los resultados de esta evaluación representan el punto de partida del tratamiento y rehabilitación neuropsicológica" (Tirapu 2007, p.192).

Los instrumentos de evaluación neuropsicológica se agrupan en:

- Pruebas de rastreo cognitivo: son test de fácil aplicación que requieren poco tiempo para la aplicación.
- Baterías neuropsicológicas generales: son pruebas que exploran las principales funciones cognitivas con el objeto principal de detectar y tipificar la existencia de un daño cerebral.

- Test específicos: la literatura expone una gama amplia de estos tipos de pruebas, en la imagen 17 se agrupan las principales. (Tirapu 2007).



**Figura 17****Pruebas específicas de la evaluación neuropsicológica**

Orientación temporal y espacial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de orientación de Christensen.</li> <li>Subtests del Test Barcelona.</li> </ul>
Atención/concentración/velocidad de procesamiento de la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>Continuous Performance Test (C.P.T).</li> <li>Tareas de cancelación.</li> <li>Retención de dígitos.</li> <li>Trail making Test (forma A y B).</li> <li>Clave de números del WAIS III.</li> <li>Test de atención breve (B.T.A).</li> <li>Paced Auditory Serial Adition Test (P.A.S.A.T).</li> </ul>
Habilidades visoespaciales y visoconstruccionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Test de organización visual de hooper.</li> <li>Test de orientación de líneas.</li> <li>Test de reconocimiento de caras.</li> <li>Test de retención visual de Benton.</li> <li>Batería de tests para la percepción visual de objetos y del espacio (V.O.S.P).</li> <li>Rompecabezas y cubos del WAIS III.</li> </ul>
Praxias, coordinación y velocidad manual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finger Tapping Test.</li> <li>Grooved Pegboard Test.</li> <li>Purdue Pegboard Test.</li> <li>Tareas de control motor de Luria.</li> <li>Pruebas de praxias de Christensen.</li> <li>Test de apraxia de Goodglass y Kaplan.</li> </ul>
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escala de memoria de Wechsler revisada.</li> <li>Figura compleja de rey.</li> <li>Test de aprendizaje verbal de rey.</li> <li>Test de aprendizaje verbal de California.</li> <li>Buschke Selective Reminding Test.</li> <li>Cuestionario de memoria autobiográfica (A.M.I).</li> </ul>
Lenguaje y comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Test de denominación de Boston.</li> <li>Subtests del test Barcelona.</li> <li>Test para la evaluación de la afasia de Boston.</li> <li>Evaluación del procesamiento lingüístico en la afasia (E.P.L.A).</li> <li>Porch Index of Communicative Ability (P.I.C.A.).</li> </ul>
Razonamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprensión, semejanzas, historietas del WAIS III.</li> <li>Test de formación de conceptos de Hanfmann-Kasanin.</li> <li>Test de categorías de Halstead-Reitan.</li> </ul>
Funciones ejecutivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trail Marking Test (forma B).</li> <li>Test de Stroop.</li> <li>Fluidez verbal fonética (F.A.S).</li> <li>Fluidez de diseños.</li> <li>Test de clasificación de cartas de Wisconsin (W.C.S.T.).</li> <li>Test de las torres (Hanoi,Londres).</li> </ul>

Nota. Adaptado de *La evaluación neuropsicológica. Psychosocial Intervention* [Ilustración], por Tirapu, J., 2007, Elsevier-ScienceDirect, CC BY 4.0.



### Para tener presente:

Basado en la información consultada, se puede concluir que el objetivo de la evaluación neuropsicológica es determinar posibles alteraciones en las funciones del cerebro y el sistema nervioso, así como establecer el tratamiento adecuado para la persona afectada. Es importante, que previo a la evaluación, se seleccionen instrumentos psicológicos o pruebas que gocen de fiabilidad y validez; cabe señalar que las pruebas de evaluación neurológica se agrupan en: pruebas de rastreo, baterías neuropsicológicas generales y test específicos, cada uno cuenta características propias.



### Actividades de aprendizaje recomendadas

**Actividad 1.** Analice críticamente el caso de Mariana.

#### Planteamiento

Los docentes reportan que Mariana, una niña de 5 años, presenta un retraso en el lenguaje y en las habilidades cognoscitivas. Una extensa evaluación médica mostró un electroencefalograma y una tomografía computarizada normales. El resultado del análisis genético y de cromosomas también fue normal. Como antecedente familiar, solo se detectó, en su hermano mayor, un retraso en el habla mucho menos grave.

#### Estrategias de trabajo

- Para el análisis del caso, utilice el fundamento teórico que ha estudiado en la Unidad 4. Evaluación psicológica, centre su atención en el apartado de evaluación de la inteligencia.
- Puede consultar otras fuentes de la bibliográfica complementaria.
- Lea comprensivamente el caso y, en función de la descripción de la información, responda con argumentos a las preguntas asociadas.

## Preguntas asociadas al caso

1. En el contexto de evaluación psicológica, ¿Con qué test valoraría el nivel intelectual de la niña?
2. ¿Cuáles son las principales fortalezas del test que propone utilizar?

**Actividad 2. Mediante un cuadro explicativo, indique los diferentes tipos de pruebas de evaluación de la inteligencia**

## Estrategias de trabajo

- Analice los diversos tipos de pruebas de evaluación de la inteligencia en su texto guía en la Unidad 4. Evaluación psicológica, centre su atención en el apartado de evaluación de la inteligencia.
- Complemente la información con otras fuentes bibliográficas confiables de su elección, sobre todo, en la bibliografía complementaria, para que establezca puntos de encuentro entre los autores.
- Señale las ideas principales de cada uno de los tipos de pruebas de evaluación de la inteligencia y realice el cuadro explicativo

## Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



### Semana 11

#### Unidad 4. Evaluación psicológica

El estudio de los temas de esta semana, le permitirá ampliar y complementar sus conocimientos sobre la evaluación psicológica; específicamente, en la evaluación de la personalidad y en este contexto, los principales tipos de pruebas.

## 4.7. Evaluación y medición de la personalidad

Es momento de iniciar con los análisis de las temáticas. Basado en la revisión bibliográfica se puede indicar que los expertos concuerdan en que la evaluación de la personalidad es un área de la psicología que busca determinar las características que constituyen diferencias individuales importantes en la personalidad, para lo que se ha desarrollado medidas, esto es, pruebas o test que permitan evaluar dichas particularidades.

Para avanzar con el estudio, le invito a investigar en fuentes confiables y responder a las siguientes interrogantes:

### **¿Qué es la personalidad y cómo se evalúa? ¿Qué reactivos o pruebas deben utilizarse?**

De seguro esta temática le pareció interesante, entonces es oportuno revisar algunas puntuaciones basadas en la literatura especializada. Empiece con la definición de la personalidad, cabe señalar que no es un concepto fácil de definir, Marín (2019) subraya que los psicólogos de la personalidad enmarcados en las diversas perspectivas psicológicas han brindado muchas definiciones, pero no existe una que sea universalmente aceptada, en este punto, es necesario citar algunas definiciones de personalidad:

Allport (citado por Carver y Scheler, 2014), postula que: "La personalidad es una organización dinámica, interna de la persona, de sistemas psicológicos que crean patrones característicos de comportamiento, pensamiento y sentimiento de la persona" (p.4).

Cloninger (citado por Marín, 2019) manifiesta: "La personalidad se define como las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia personal" (p.11).

En esta línea de pensamiento, Mischel (citado por Compas y Gotlib, 2003), refiere:



Cuando los psicólogos emplean el término personalidad, se refieren a la observación de que la gente muestra cierto grado de consistencia y estructura en las formas en que experimenta e interactúa con el mundo. Hay dos aspectos de esta consistencia: estabilidad en situaciones diferentes y consistencia a lo largo del tiempo dentro de circunstancias o situaciones similares. (p.22)

Como se ha podido apreciar, el concepto de personalidad es diferente según las distintas corrientes psicológicas, pero los autores coinciden en que, para que una definición sea completa, debe contemplar al menos tres aspectos:

- Singularidad: característica que distingue a una persona de las demás.
- Estabilidad: forma peculiar de comportamiento a través del tiempo.
- Consistencia: tendencia de comportamiento en diferentes situaciones.

(Marín, 2019)

En este marco de pensamiento, Cloninger (2003) destaca que los investigadores y psicólogos atribuyen a la personalidad una serie de rasgos, por lo que han propuesto y desarrollado diferentes pruebas psicológicas para evaluar la naturaleza y estructura de dichos rasgos.

En este contexto se han desarrollado diferentes teorías, que tienen como objetivo explicar cómo se constituye la personalidad y han delineado estrategias para la medición e interpretación. Los instrumentos de medición de personalidad han sido diseñados para establecer semejanzas y diferencias entre varios individuos frente a las manifestaciones conductuales. (Montaño, Palacios y Gantiva, 2009)

### **¡Para tener presente!**

La gran variedad de investigaciones sobre la personalidad, hacen que este concepto tenga una gran importancia en las perspectivas psicológicas que la estudian; aunque no se ha llegado a establecer una definición universalmente aceptada, todas las perspectivas de la personalidad abordan este constructo como una manera de entender el

porqué del comportamiento de las personas y de las diferencias individuales; en este contexto, ha surgido también la necesidad de construir métodos y técnicas de medición, que evalúen las características individuales y que permitan establecer un perfil de personalidad.

Continuando con el abordaje de las temáticas, es momento de centrarse en **la medición o evaluación de la personalidad**, para el efecto existe una gran variedad de instrumentos o pruebas estandarizados, cuyo principal propósito es entender la dinámica de la personalidad.

De acuerdo con Ozer y Reise (citado por Compas y Gotlib, 2003), “la evaluación de la personalidad es un esfuerzo científico, que busca determinar aquellas características que constituyen diferencias individuales importantes en la personalidad, desarrollar medidas exactas de dichos atributos, y explorar por completo los significados trascendentales de esas características identificadas y medidas” (p. 226).

Es así, que las teorías psicológicas, han utilizado diferentes procedimientos para conocer la personalidad, entre ellos tenemos la entrevista personal, la observación directa de la conducta, las pruebas objetivas y pruebas proyectivas.

En esta línea de pensamiento, diversos estudiosos de la personalidad han desarrollado pruebas que se utilizan como indicadores habituales de las formas en que la gente piensa, siente y se comporta en sus interacciones cotidianas. La función más importante de las pruebas es la capacidad de predecir lo que la gente hace en realidad en su vida diaria. (Compas y Gotlib, 2003)

Al ser la evaluación de la personalidad un aspecto importante en el que hacer del psicólogo clínico, el profesional debe preguntarse:

¿Qué pruebas debe utilizar? ¿Qué características deben tener las pruebas? Al respecto, la literatura consultada refiere que, independientemente del enfoque de medición que se utilice, todas las pruebas de personalidad deben cumplir con los criterios específicos de:

- **La estandarización**, se refiere a que la selección de materiales, la aplicación o instrucciones y la calificación de cualquier prueba, así como la interpretación de los resultados debe hacerse de la misma manera sin importar quién la esté presentando o qué psicólogo la esté aplicando.
- **La confiabilidad**, considerada como el grado en que una prueba es consistente con lo que pretende medir, es decir, la confianza que esa prueba amerita. En otras palabras, la confiabilidad de la prueba se refiere a la consistencia de las calificaciones obtenidas, cabe mencionar que existen varias formas de establecer la confiabilidad de una prueba de personalidad.
- **La validez**, se define como el grado en que un instrumento mide lo que realmente dice medir, para establecer la validez de una prueba de varias formas. (Compas y Gotlib, 2003, p.226)

### ¡Atención!

Como se puede evidenciar en la literatura, la evaluación de la personalidad busca determinar características que constituyen diferencias individuales importantes en la personalidad, para el efecto, utiliza test o pruebas que deben cumplir con criterios específicos: estandarización (las condiciones de aplicación y evaluación de una prueba deben ser las mismas para todos los individuos a los que se les aplique), confiabilidad (tener consistencia a través de mediciones repetidas) y validez (la medición mide lo que realmente debe medir).

#### **4.7.1. Tipos de pruebas de evaluación de la personalidad**

Es importante mencionar que los autores concuerdan que las pruebas de evaluación de la personalidad difieren en cuanto a la forma (pueden ser orales o escritas, individuales o grupales), estructura, grado de objetividad y contenido. En la siguiente temática se describirán los principales tipos.

##### **4.7.1.1. Pruebas proyectivas y objetivas**

Antes de iniciar con el estudio de las temáticas, le sugiero reflexionar sobre la siguiente interrogante:

¿En qué se diferencian las pruebas objetivas y proyectivas de la personalidad?

Su análisis es importante; seguidamente puntualizar algunos aspectos relevantes sobre la temática. Las pruebas de la personalidad se agrupan de acuerdo con el método que utilizan para obtener la información, clasificándose en dos categorías amplias: las pruebas objetivas y las pruebas proyectivas de la personalidad. A continuación, se presentan ciertas características generales de dichas pruebas.



**Tabla 5***Características de las pruebas proyectivas y objetivas*

Pruebas proyectivas	Pruebas objetivas
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Son las pruebas más utilizadas para evaluar el inconsciente (conocer los instintos y sentimientos ocultos para el sujeto y que pueden ser causa de conflictos).</li> <li>▪ Se basan en la idea de que las personas proyectan sus percepciones, emociones y pensamientos en el medio exterior sin ser conscientes de ello.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Llamadas así porque son calificadas por igual por cualquier examinador y la interpretación viene dada a partir de la cuantificación de las respuestas.</li> <li>▪ Estas pruebas son las más utilizadas por los teóricos del enfoque de rasgos. Son medidas de autorreportes o autoinformes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usan estímulos no estructurados o ambiguos (un material esencialmente sin significado o alguna imagen vaga). Se le pide al examinado que explique lo que significa el material, para ello describe o relata una historia relacionada con dicho estímulo).</li> <li>▪ Permiten un rango de respuestas prácticamente ilimitado.</li> <li>▪ Las más empleadas son: Manchas de tinta de Rorschach y Test de Apercepción Temática (T.A.T)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confían en las descripciones o informes que los sujetos emiten de su conducta.</li> <li>▪ Utilizan estímulos estructurados, suelen presentar la forma de un cuestionario, y consisten en una serie de preguntas.</li> <li>▪ Requieren un rango limitado de respuestas.</li> <li>▪ La más utilizada en la investigación y en la práctica clínica es el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2). Otro cuestionario de uso frecuente es NEO-PI-R.</li> </ul>

*Nota.* Adaptado de *Introducción a la psicología Clínica*, por Compas, B. y Gotlib, I., 2003, McGraw Hill.

Cabe destacar, que tanto los teóricos de la personalidad como los psicólogos clínicos encargados de abordar los trastornos de los individuos, han necesitado procedimientos para conocer y valorar las características de la personalidad, ya sea para la elaboración de la teoría o para prestar ayuda

terapéutica, para ello han utilizado diversos procedimientos para conocer la personalidad, entre otros se puede citar: la entrevista, la observación directa de la conducta, las pruebas objetivas y proyectivas de la personalidad.

A continuación, se analizarán brevemente características generales de las pruebas objetivas y proyectivas de la personalidad, con lo que podrá visualizar las principales diferencias; empezaremos con las pruebas objetivas más utilizadas en la investigación y la práctica clínica el MMPI-2 y el NEO-PI-R.

**Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2)** es una escala objetiva de la personalidad. Seguidamente, se abordarán generalidades con respecto a la descripción, aplicación y finalmente la ficha técnica de la prueba:

Con respecto a la descripción general de este test, Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom y Kaemmer, B. (2019), sugieren que el inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2):

Es un test de amplio espectro, diseñado para evaluar un extenso número de patrones de personalidad y de trastornos psicológicos en población adulta. Su aplicación puede realizarse de forma individual o grupal y requiere que la persona evaluada tenga un nivel de comprensión lectora equivalente a 6.<sup>º</sup> de primaria, así como implicación y cooperación para responder a la prueba completa. La prueba incluye dentro de su perfil de resultados indicadores de validez para detectar aquellos casos en que la persona ha respondido inadecuadamente, ya sea por problemas de comprensión o por falta de implicación o concentración al dar sus respuestas. Tras su aplicación, la corrección del test permite obtener puntuaciones en distintas escalas clínicas, de contenido y suplementarias; y perfiles de resultados a partir de baremos de población general. Los resultados de años de investigación acerca de las escalas del MMPI y de sus patrones de interrelación están disponibles para guiar la interpretación de las puntuaciones del MMPI-2.

La literatura sobre las investigaciones del MMPI proporciona abundantes datos del modo en que el MMPI-2 puede ser aplicado en numerosos campos de evaluación (p.11).

En este contexto y en relación con el ámbito de aplicación, Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom y Kaemmer, (2019), mencionan que el MMPI-2:

Es un instrumento de amplio espectro pensado para ser utilizado en diversos contextos. Sus escalas empíricamente validadas proporcionan información sobre los síntomas clínicos de los individuos evaluados, su personalidad, sus tendencias conductuales, sus mecanismos interpersonales o sus intereses, así como también sobre aquellos aspectos que pueden amenazar la validez del protocolo.

Las encuestas entre profesionales indican que el MMPI-2 es una de las medidas de personalidad más empleadas por los psicólogos clínicos y los neuropsicólogos (Camara, Nathan y Puente, 2000), siendo parte habitual del proceso de evaluación forense de adultos (Archer, Buffington-Vollum, Stredney y Handel, 2006), y más concretamente, de la evaluación forense de casos criminales (Borum y Grisso, 1995), de casos de custodia infantil (Ackerman y Ackerman, 1997), de pleitos por daños personales (Lees-Haley, Smith, Williams y Dunn, 1996) y de litigios por daños emocionales (Boccaccini y Brodsky, 1999). El MMPI-2 es también la prueba de evaluación psicológica de uso más generalizado en contextos correccionales (Gallagher, Somwaru y Ben-Porath, 1999) y en procesos de selección de futuros miembros de las fuerzas de seguridad (Cochrane, Tett y Vandecreek, 2003). De hecho, es frecuentemente empleada en los procesos de selección laboral de muchos otros puestos de alto riesgo relacionados con la seguridad pública (por ejemplo, operarios de plantas de energía nuclear) y en el ámbito militar. Un estudio realizado por Arbisi y Seime (2006) revela que el MMPI-2 se aplica también asiduamente en un amplio rango de contextos médicos (tales como pacientes con dolor crónico y

candidatos a trasplantes de órganos y a cirugía bariátrica) y en la planificación del tratamiento de muchas intervenciones conductuales. (p. 23)

Los materiales para la aplicación de la prueba son los siguientes:

- **Manual**, contiene las instrucciones de aplicación, corrección e interpretación de las puntuaciones que se deberán seguir para un correcto uso del MMPI-2.
- **Cuadernillo**, guarda las instrucciones de aplicación y los 567 ítems de la prueba. Las escalas básicas (L, F y K y clínicas y subescalas clínicas de Harris-Lingoes) se evalúan con los primeros 370 ítems (y permitiría obtener la versión abreviada del MMPI-2 que se describe en el capítulo 4 de este manual), pero es conveniente que la persona evaluada complete todos los ítems del test para que se puedan obtener puntuaciones en las demás escalas. El cuadernillo es reutilizable de aplicación a aplicación. Las personas evaluadas deberán anotar todas sus contestaciones de la prueba en la hoja de respuestas, sin anotar nada en el cuadernillo.
- **Hoja de respuestas**, en la que se deberán anotar todas las contestaciones de la prueba, así como los datos identificativos requeridos. Una vez finalizada la evaluación, el profesional deberá revisar que se haya llenado adecuadamente todos los datos identificativos y las contestaciones a los ítems; que no haya elementos omitidos o, en su defecto, que el número sea lo menor posible, dado su efecto en la corrección e interpretación de la prueba.
- **Clave de acceso (PIN)** para la corrección, que contiene el código de acceso necesario para realizar la corrección del MMPI-2 en la plataforma TEA corrige, abarca también breves instrucciones sobre el uso de este sistema de corrección. (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom y Kaemmer, 2019, pp.23-24)

A continuación, se presenta una descripción general del inventario mediante una ficha técnica.

**Tabla 6.****Ficha técnica MMPI-2**

<b>Nombre:</b> MMPI-2, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2
<b>Nombre original:</b> MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2.
<b>Autores:</b> James N. Butcher, John R. Graham, Yossef S. Ben-Porath, Auke Tellegen, W. Grant Dahlstrom y Beverly Kaemmer.
Procedencia: University of Minnesota Press, 2001.
<b>Adaptación española:</b> Alejandro Ávila-Espada y Fernando Jiménez-Gómez, 1999, 2002, 2019.
<b>Aplicación:</b> individual o colectiva.
<b>Ámbito de aplicación:</b> adultos.
<b>Duración:</b> variable, de 60 a 90 minutos.
<b>Editorial:</b> TEA Ediciones, S.A
<b>Finalidad:</b> evaluación de la personalidad normal y patológica mediante distintos grupos.
<b>Materiales:</b> manual, cuadernillo, hoja de respuesta y clave de acceso (PIN) para la corrección por Internet.

Nota. Adaptado de *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (4<sup>a</sup> Ed.)*, por Butcher, J., Graham, J., Ben-Porath, Y., Tellegen, A., Dahlstrom, W. y Kaemmer, B., 2019, TEA Ediciones.

**¡Para recordar!**

El MMPI-2 es una prueba objetiva de la personalidad, una de las más utilizadas en la investigación y la práctica clínica. Permite evaluar un extenso número de patrones de personalidad y de trastornos psicológicos en población adulta. Su aplicación puede realizarse de forma individual o grupal. La duración de la aplicación es diversa, entre 60 a 90 minutos y se requiere los siguientes materiales: manual, cuadernillo, hoja de respuesta y clave de acceso (PIN) para la corrección por Internet.

Continúe con las pruebas objetivas de la personalidad, ahora nos enfocaremos en generalidades del **Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO-PI-R)**:

Elaborada por Costa y McCrae (1992) con la finalidad de evaluar los tres primeros de los “Cinco grandes” factores de personalidad (neuroticismo, extraversión y apertura, de ahí en inglés el nombre NEO) y posteriormente lo extendieron para incluir los cinco factores (N, E, O, más conformidad y escrupulosidad). El NEO-PI-R es una medida de 181 reactivos con formas de autorreporte. Los reactivos se responden en una escala de cinco puntos, que van de fuertemente en desacuerdo a fuertemente de acuerdo. Los reactivos del NEO- PI-R tienen validez de facie o son obvios en su contenido; es decir, piden a los examinados que informen en forma directa acerca de las características que pretenden medir. Costa y McCrae (1992) sugieren que existen tres formas de interpretar las puntuaciones de la escala de personalidad resultante. La más directa, es verlos como mediciones o estimaciones de cómo es en realidad el individuo. Una segunda más sutil, es que representa el autoconcepto del individuo, o la forma en que se ve a sí mismo. Tercero, las puntuaciones pueden verse como autopresentación, o la forma en que el individuo desea ser visto por los demás, sea en general o en la ocasión específica en que se aplicó la prueba. Es probable que las tres interpretaciones sean correctas en cierto grado. (Compas y Gotlib, 2003, pp.255-256)

Seguidamente, se presenta una ficha técnica, que aborda una descripción bastante general de la prueba.

**Tabla 7***Ficha técnica del NEO-PI-R*

<b>Nombre:</b> NEO-PI-R, Revised NEO-Personality Inventory
<b>Nombre original:</b> NEO-PI-R, Revised NEO-Personality Inventory-2.
<b>Autores:</b> P.T. costa, Jr. R.R. Mc Crae
<b>Editorial:</b> TEA Ediciones, S.A
<b>País:</b> Madrid-España
Aplicación: individual o colectiva. Lugar de aplicación confortable, libre de distracciones y con buena iluminación. El examinador debe estimular al sujeto para que complete todo el test, que evite saltarse elementos o que los conteste de forma aleatoria.
<b>Ámbito de aplicación:</b> a partir de los 17 años, con un nivel de lectura básico de 6º grado de primaria y que no presenten trastornos del tipo psicosis, demencia, entre otros.
<b>Duración:</b> variable, de 60 a 90 minutos.
<b>Materiales:</b> cuadernillo, hoja de respuesta, perfil informatizado, descripción resumida.

Nota. Adaptado de *Fichas técnicas, Pruebas y equipos de Psicología*, por Universidad Católica - Luis Amigo, s.f., Universidad Católica - Luis Amigo.

**¡Importante!**

Como se pudo apreciar el NEO-PI-R es una prueba de personalidad objetiva. Su aplicación puede realizarse de forma individual o grupal a partir de los 17 años de edad. El lugar de aplicación debe ser confortable, estar libre de distracciones y con buena iluminación. El psicólogo debe estimular a la persona evaluada para que complete todo el test y evitar que se salte elementos o los conteste de forma aleatoria; los materiales requeridos son: cuadernillo, hoja de respuesta, perfil informatizado y descripción resumida.

En el contexto de las pruebas objetivas de la personalidad, Compas y Gotlib (2003), sugieren que es necesario considerar que existen distintas pruebas de uso frecuente, entre otras, mencionan:

- El cuestionario multidimensional de la personalidad (MPQ, Multidimensional Personality Questionnaire; Tellegen y Waller).
- El Inventory multiaxial clínico de personalidad de Millon (MCMI Clinical Multiaxial Personality Inventory; Millon, 1992, 1996).
- El Inventory Básico de Personalidad (BPI, Basic Personality Inventory; Jackson, 1989)
- El Inventory de Personalidad de California (CPI, California Personality Inventory; Gough, 1990). (p.236)

Con respecto a las pruebas antes mencionadas, Compas y Gotlib (2003) refieren que: "aunque todas esas pruebas tienen propiedades psicométricas adecuadas, el volumen de estudios empíricos que examinan la validez de esas mediciones es muy pequeña en comparación con el número de investigaciones del MMPI-2 y, crecientemente, del NEO-PI-R" (p.236).

Tenga presente que debe ampliar la información con respecto a los test objetivos de la personalidad antes mencionados en los Recursos Educativos Abiertos, publicados en el Entorno Virtual de Aprendizaje, anuncios académicos; así también puede investigar en fuentes confiables de la WEB.

Antes de continuar con el estudio de las pruebas de personalidad, conviene que reflexione sobre la interrogante:

### **Las pruebas proyectivas, ¿qué nivel de validez y confiabilidad tienen?**

A continuación, se analizarán las características generales de las pruebas proyectivas de la personalidad, con lo que podrá visualizar las principales diferencias; así como analizar el nivel de validez y confiabilidad. Empezará con la descripción del Rorschach que es utilizada por numerosos psicólogos.

**Manchas de tinta de Rorschach:** creada por Hernán Rorschach en 1921. A los examinados se les muestran una por una 10 manchas de tinta simétricas, cinco en blanco y negro y cinco en color, luego se les pide que digan qué ven en cada mancha y qué característica de la mancha les hace ver eso. En relación con la calificación, Compas y Gotlib (2003), sostienen que:

Los sistemas para calificar el Rorschach difieren en sus detalles, los rasgos más comunes, codificados y clasificados de las respuestas son: la localización, los determinantes, el contenido y la popularidad. Después de miles de estudios, la controversia acerca del uso del Rorschach sigue presente; algunos revisores han concluido que el test es lo suficientemente confiable y válido como para emplearse en la investigación y la práctica clínica (por ejemplo, Hiller, Rosenthal, Bomstein, Berry y Brunell-Neuleib, 1999; Parker et al., 1988), otros sostienen que los sistemas de calificación e interpretación disponibles en la actualidad, no cumplen con los criterios mínimos de confiabilidad y validez (por ejemplo, Wood et al., 1996, 2000). Otros toman una posición intermedia y sostienen que algunas variables del Rorschach, se relacionan de manera confiable con la identificación de algunas formas de psicopatología, sobre todo con la esquizofrenia y el trastorno límitrofe de personalidad (Lilienfeld et al., 2000). (p.242)

Otra técnica proyectiva que usan ampliamente los psicólogos es sin duda el **Test de Apercepción Temática** (T.A.T.), que se describe sintéticamente a continuación.

Desarrollado por Margan y Murray en 1935, consta de 20 láminas con dibujos ambiguos que sugieren una situación social poco estructurada. A los evaluados se les pide que cuenten una historia concerniente a los personajes de cada dibujo, de modo que expresen:

¿Qué condujo al evento? ¿Qué está sucediendo? ¿Cuál es la relación entre los personajes?, y ¿cómo se resolverá dicha situación? El examinador registra las respuestas completas del individuo para calificarlas más tarde. Cada respuesta se interpreta determinando quién es el “héroe” de la historia, es

decir, el personaje de cualquier sexo con el cual presumiblemente se identifica el examinado. Por medio de la información obtenida, el examinador puede inferir la forma en la que se relaciona el evaluado con otras personas y cómo moldea el ambiente para satisfacer sus necesidades. El sistema original de calificación continúa luego con el análisis del contenido en términos de las 17 necesidades del modelo de personalidad de Murray. (Compas y Gotlib, 2003)

Cabe mencionar que existen otros tipos de pruebas que incluyen el dibujo de la figura humana y las frases incompletas. **La prueba del dibujo de la figura humana** fue creada por Machover en 1949, esta prueba tiene su base teórica en:

La teoría psicoanalítica representa un acceso indirecto a las características de personalidad y conflictos inconscientes. Existen varias versiones de las pruebas proyectivas de dibujo, entre otras se puede mencionar, el dibujo de la figura humana, prueba de casa-árbol-persona, dibujo de la familia, etc. Se les pide a los examinados que dibujen una persona en una hoja de papel en blanco y luego se les pide que dibujen otra persona del sexo opuesto de la primera. La confiabilidad y validez de las técnicas de dibujo son muy debatidas, con defensores que afirman que "las pruebas de dibujo de una figura tienen un enorme potencial que debería ser cultivado" (Riethmiller y Handler, 1997, p. 460), y críticos que argumentan que las pruebas de dibujo "pertenecen más bien a un museo de la historia de las prácticas simples de evaluación" (Gresham, 1993, p.185). (Compas y Gotlib, 2003, p.246)

**La prueba de frases incompletas de la Washington University:** fue desarrollada por Loevinger en 1976, corresponde al subtipo de completamiento. Es algo más estructurado que el Rorschach, el TAT y las pruebas de dibujo de la figura humana.

Se les presenta a los examinados varias frases incompletas (por ejemplo, "Si mi madre \_\_\_\_\_" "La Mayoría de las mujeres \_\_") y se les pide que completen cada tema. Los defensores de las pruebas de frases incompletas afirman que las pruebas ayudan a los clínicos a

identificar los problemas, síntomas y actitudes de los individuos mediante el contenido de sus respuestas. Los críticos argumentan que la interpretación de las pruebas de frases incompletas es subjetiva y poco confiable. (Compas y Gotlib, 2003, p.246)

### **¡Importante!**

Basándose en la literatura investigada, se puede concluir que las pruebas proyectivas de la personalidad, generalmente son utilizadas para evaluar el inconsciente; se basan en la idea de que las personas proyectan continuamente sus percepciones, emociones y pensamientos en el medio exterior sin ser conscientes de ello. Las pruebas de mayor uso son el Rorschach y el T.A.T. aunque estas pruebas no tienen una base empírica como el MMPI-2 y algunos estudiosos de la personalidad sugieren que tienen escasa validez y fiabilidad, pero se las sigue usando en la práctica clínica.

### **¡Recuerde!**

Debe ampliar la información con respecto a las pruebas objetivas de la personalidad antes mencionados en los Recursos Educativos Abiertos publicados en anuncios académicos del Entorno Virtual de Aprendizaje, así como también, pueden investigar en fuentes confiables de la WEB.

Bien, avanzando con el estudio, es momento de centrarse en **los problemas del uso clínico de las pruebas de personalidad**, al respecto, Compas y Gotlib (2003) sostienen que:

Si bien las pruebas a menudo no coinciden con las categorías diagnósticas del DSM-IV, existen otros propósitos de la evaluación de la personalidad como la identificación de fortalezas y debilidades emocionales del individuo y descripción del funcionamiento emocional e interpersonal. El sesgo en una prueba dentro de la evaluación psicológica, se relaciona sobre todo con los grupos culturales, étnicos y minoritarios, por lo cual los psicólogos deben usar

los procedimientos de evaluación apropiados para el género, edad, raza, origen étnico, origen nacional, religión, orientación sexual, discapacidad, idioma o estatus socioeconómico del individuo. La Asociación Americana de Psicología (APA) ha desarrollado y revisado los principios éticos para los psicólogos con

### **¡Importante!**

Como se pudo evidenciar en la literatura referida con respecto a los temas éticos es importante considerar que los psicólogos han aplicado, calificando e interpretando pruebas por más de ocho décadas, por lo que, se ha hecho necesario que los psicólogos clínicos reciban una capacitación formal en el uso de los instrumentos de evaluación y sólo utilicen aquellas técnicas o procedimientos que estén dentro de sus competencias, lo que supone seguir cursos de posgrado en psicología clínica combinados con la experiencia supervisada apropiada. En este contexto la APA ha creado los principios éticos del psicólogo y el código de conducta que tiene como finalidad proteger al cliente.



### **Actividades de aprendizaje recomendadas**

Después de haber estudiado las pruebas objetivas y proyectivas de la evaluación de la personalidad, es necesario desarrollar la siguiente actividad que le ayudará a profundizar los conocimientos adquiridos.

#### **Actividad: analice críticamente el caso de la estudiante de 21 años. Planteamiento del caso**

Una estudiante universitaria de 21 años, se alarmó cuando de pronto percibió cambios sutiles en su apariencia. La imagen que veía en los espejos no parecía ser suya. Se inquietó más cuando su cuarto, sus amigos y su campus también parecieron distorsionar ligeramente su apariencia. El mundo a su alrededor se sentía irreal y ya no era predecible. Durante el día antes de la repentina aparición de los síntomas, se había angustiado mucho por las bajas calificaciones que había recibido en

diferentes exámenes importantes. Cuando finalmente buscó ayuda en la clínica universitaria, expresó su preocupación de que se estuviera volviendo loca. (Sue, Wing y Sue, 2014, p.153)

## Estrategias de trabajo

- Para el análisis del caso, revise con detenimiento la Unidad 4 Evaluación psicológica, específicamente el apartado de evaluación, y medición de la personalidad: pruebas objetivas y proyectivas.
- Subraye las ideas principales.
- Lea analíticamente el caso y basándose en esta información, finalmente, responda las preguntas asociadas al caso.

## Preguntas asociadas

En el marco del proceso de evaluación, el psicólogo encargado del caso, utiliza una prueba compuesta por 10 láminas con manchas de tinta, cinco de las cuales están en blanco y negro y cinco contienen color. Le pide que diga qué es exactamente lo que ve en cada una de las láminas. Posteriormente, el psicólogo le solicita que revise las manchas y que diga qué fue lo que le llevó a sus impresiones. ¿Qué región de la mancha? ¿Qué color? ¿Qué sombras? En este contexto, responda las interrogantes, recuerde argumentar sus respuestas:

- ¿Qué tipo de prueba utiliza el psicólogo?
- ¿Cómo se denomina la prueba?
- Con el uso de esta prueba, ¿qué pretende evaluar el psicólogo?
- ¿Qué nivel de validez y confiabilidad tiene la prueba?

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.





## Semana 12

### Unidad 4. Evaluación psicológica

#### 4.7. Evaluación y medición de la personalidad

El estudio de los temas de esta semana, le permitirá ampliar sus conocimientos sobre la evaluación psicológica; para ello debe concentrarse en la evaluación: conductual, cognitiva y psicofisiológica.

##### 4.7.2. Evaluación conductual: medición de la conducta, la cognición y la psicofisiología

Antes de iniciar el abordaje de estas temáticas, le sugiero reflexionar sobre la siguiente interrogante:

##### En la psicología clínica, ¿cómo se realiza la evaluación conductual?

Como antecedentes, se debe citar que la evaluación conductual surgió de los fundamentos de la teoría del aprendizaje, se concentraba inicialmente en la evaluación de conductas manifiestas, observables, en las situaciones previas y las consecuencias de la conducta; en la actualidad la evaluación conductual incluye, además de diferentes tipos de observaciones de conducta manifiesta, métodos como el autorreporte, calificaciones de otras personas significativas, diarios de pensamientos y sentimientos y evaluación de las respuestas psicofisiológicas a los estímulos ambientales. (Compas y Gotlib, 2003)

La evaluación conductual busca conocer de manera específica al cliente, así como cuantificar su conducta, para ello, cuenta con cuatro metas importantes que se presentan en la imagen 18.



**Figura 18**

*Metas de la evaluación conductual*



Nota. Adaptado de *Introducción a la Psicología Clínica* [Ilustración], por Compas, B. y Gotlib, E., 2003, McGraw Hill, CC BY 4.0.

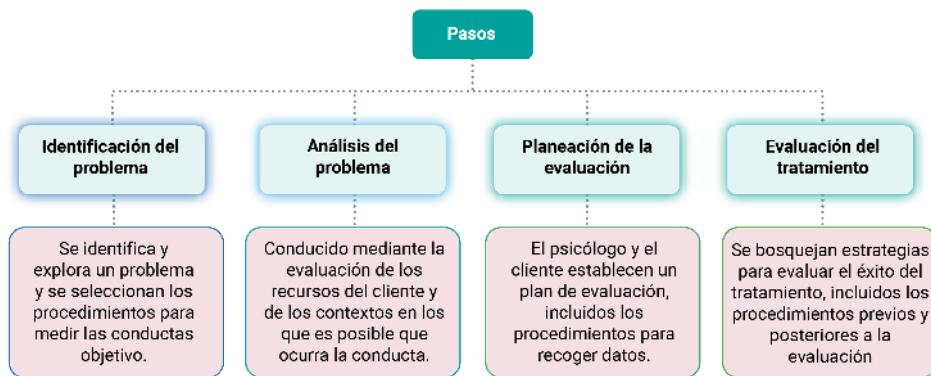
A continuación, se destacan en resumen los aspectos esenciales de cada meta:

- La primera meta implica, realizar una evaluación detallada de las conductas problemáticas del cliente y de los factores ambientales o contextuales que pueden estar provocando o reforzando esas conductas.
- La segunda permite identificar y evaluar la naturaleza de la relación entre las conductas problemáticas y las variables controladoras.
- La tercera lleva a diseñar un tratamiento apropiado para el cliente basado en los resultados de la evaluación conductual.
- La cuarta permite evaluar la eficacia del tratamiento brindado. Como se ha podido apreciar, la tercera y cuarta meta destacan el fuerte vínculo existente entre la evaluación y el tratamiento desde una perspectiva conductual. (Compas y Gotlib, 2003, p. 254)

Es importante subrayar que en el contexto de la evaluación conductual existe diversidad de métodos y medidas, entre los cuales se puede destacar a tres grandes grupos: entrevista conductual, observación conductual e inventarios de autorreportes; a continuación, se describirán de forma breve cada uno de ellos:

**Entrevista conductual:** utilizada para obtener información que ayude a formular un análisis funcional de la conducta, centrándose en la descripción y la comprensión de las relaciones entre antecedentes, conductas y consecuencias. Kratochwill (citado 1985, por Compas y Gotlib, 2003) sugiere que estas entrevistas siguen un formato de solución de problemas que contempla cuatro pasos, como se evidencia en la imagen 19, que sintetiza la temática.

**Figura 19**  
*Pasos de la entrevista de solución de problemas*



Nota. Adaptado de *Introducción a la Psicología Clínica* [Ilustración], por Compas, B. y Gotlib, E., 2003, McGraw Hill, CC BY 4.0.

La imagen presenta de manera sintética los aspectos que caracterizan a cada paso, dejando ver de manera clara la finalidad y relación entre estos.

**Observación conductual:** admite al clínico documentar la frecuencia e intensidad de conductas específicas, así como las variables de contexto que provocan y mantienen la conducta, estas pueden ser observadas en el ambiente en el que ocurren de manera natural (la casa, el trabajo, la escuela,

etc.) o en situaciones simuladas creadas en la oficina del psicólogo o en un laboratorio, por personas entrenadas o individuos que están en el contexto natural del cliente (familiares, maestros, compañeros, personal de enfermería, etc.)

Se debe garantizar que los observadores no necesiten formular inferencias sobre la conducta; cabe destacar que la conducta a observar debe ser una conducta activa, en lugar de pasiva. (Compas y Gotlib, 2003, p. 261).

En este contexto es necesario resaltar que en la **obtención de los datos** existen dos registros de intervalo y de eventos (registrar conductas de interés durante el lapso o periodo de tiempo observado); cabe resaltar que se puede observar dicha conducta en un ambiente natural (observación naturalista) o en escenarios controlados como un laboratorio o una clínica (observación análoga).

**Automonitoreo:** el clínico instruye a los clientes a que observen y registren sus propias conductas tal como ocurre, por ejemplo: ¿Qué tan a menudo se siente ansioso? ¿Cuántos estresores experimentó el mes pasado? Puede utilizarse este método con eficacia cuando se evalúa la frecuencia, por ejemplo, frecuencia al fumar, tasa y consumo de alcohol, etc. Estos métodos se emplean también para evaluar la frecuencia, intensidad y contexto de los síntomas de ansiedad. (Compas y Gotlib, 2003)

### ¡Para tener presente!

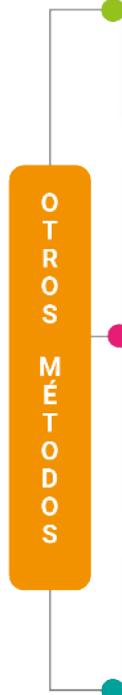
Los autores concuerdan que en los procedimientos de automonitoreo, así como los otros métodos de observación conductual, las conductas objetivas y variables situacionales deben ser definidas con absoluta claridad, de manera que resulte sencillo para los clientes realizar las observaciones y registros exactos de sus conductas.

Dentro del marco de la evaluación, cabe mencionar que existen otros métodos utilizados en la evaluación conductual, entre los que se puede citar: las escalas de registro, la evaluación cognitiva conductual y la evaluación fisiológica, que se resumen en la imagen 20 que a continuación se presenta.



**Figura 20**

Otros métodos de evaluación conductual



**Escalas de registro:** Intentan proporcionar información sobre una amplia gama de las conductas de un individuo en un periodo más prolongado de lo que es posible con la observación directa, estas escalas se han desarrollado con la finalidad de evaluar conductas problema en niños y adolescentes. Estos registros se realizan en base a la información obtenida durante una entrevista con la persona.

**Evaluación cognitivo-conductual:** Utilizada para evaluar la cognición, esto es, los pensamientos y emociones de un individuo. Se utilizan los siguientes métodos: expresivos (requiere que el cliente piense en voz alta mientras realiza una tarea); productivos (demanda que el cliente registre sus pensamientos acerca de un acontecimiento); inferenciales (intenta evaluar esquemas cognitivos o expectativas que guían las percepciones e interpretaciones sobre la experiencia en el medio ambiente, usados más en la investigación que en la práctica clínica); y de aprobación (presenta al individuo un conjunto de reactivos y se pide que califique cada afirmación en términos de su aplicabilidad).

**Evaluación psicofisiológica:** se refiere a las reacciones del cuerpo gobernadas por el sistema nervioso autónomo, simpático y parasimpático, incluyen respuestas del ritmo cardiaco, respiración, tensión muscular, etc. Un principio fundamental de la psicofisiología, es que las reacciones sociales, conductuales, cognitivas y emocionales están intimamente vinculadas a procesos fisiológicos. Según investigaciones, este tipo de evaluación resulta eficaz en estudios de trastornos sexuales y de ansiedad en niños y adultos.

*Nota. Adaptado de *Introducción a la Psicología Clínica* [Ilustración], por Compas, B. y Gotlib, E., 2003, McGraw Hill, CC BY 4.0.*

La imagen presenta de manera breve otros métodos de uso actual de la evaluación conductual y los aspectos que caracterizan a cada uno de ellos (semejanzas y diferencias), dejando ver de manera clara, que todos los

métodos de evaluación conductual tienen como finalidad permitir que el clínico perciba la naturaleza dinámica y condicional de los problemas conductuales de un individuo y así poder desarrollar una intervención adecuada para el cliente.

#### **4.7.2.1. Evaluación conductual de trastornos específicos**

Una vez revisados los principales métodos de evaluación conductual, usted se preguntará: ¿En qué trastornos específicamente puede resultar eficaz la evaluación conductual? Pues bien, es importante mencionar que se han realizado estudios sobre la evaluación conductual en trastornos específicos que han presentado una tasa elevada de prevalencia, esto es, el trastorno de ansiedad y el de déficit de atención e hiperactividad.

Con respecto a la evaluación conductual del trastorno de ansiedad, Compas y Gotlib (2003), mencionan que:

El uso de diferentes métodos de evaluación, entre ellos, entrevistas, cuestionarios, automonitoreo, medidas conductuales y fisiológicas, proporcionan una imagen global de las características de los síntomas de la ansiedad, los contextos en los cuales ocurren y las reacciones del individuo a los síntomas cuando se presentan. Los resultados de dicha evaluación conductual se utilizan, entonces, con el objetivo de desarrollar una intervención apropiada para el cliente. (p.274)

En la evaluación del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, los autores llegan a la conclusión que:

El uso de los métodos de evaluación proporcionó al clínico una imagen global e integradora de un niño diagnosticado con ADHD. La información obtenida de entrevistas estructuradas, combinadas con los datos de las escalas de registro conductual, pruebas de inteligencia, mediciones de desempeño y observación directa de la conducta, pueden utilizarse para desarrollar o seleccionar el tratamiento más idóneo para el niño (Compas y Gotlib, 2003, p.276).

De lo referido por los autores consultados, cabe citar que, en la evaluación conductual de trastornos específicos, los métodos de automonitorreo se emplean con la finalidad de evaluar la frecuencia, intensidad y contexto de los síntomas del trastorno.

### **¡En conclusión!**

Con lo enunciado y según la literatura investigada se puede evidenciar que:

En la tarea de medir la personalidad, los psicólogos clínicos acuden básicamente a cuatro instrumentos: la entrevista personal, la observación directa del comportamiento, los test objetivos y los test proyectivos.

El resultado de la evaluación conductual tiene implicaciones claras y concretas para el tratamiento de la conducta problema, así mismo, se ha evidenciado una fuerte relación entre la evaluación y la intervención desde la perspectiva conductual.

El uso de diversos métodos de evaluación psicológica, proporcionará una imagen global de las características de los síntomas de un trastorno, los contextos en los cuales ocurren y las reacciones del individuo a los síntomas cuando se presentan.



### **Actividades de aprendizaje recomendadas**

#### **Actividad 1. Analice críticamente el caso de Ron. Planteamiento del caso**

Ron, hijo único, estaba siempre en movimiento cuando era bebé y como niño de edad preescolar. Sufrió muchos accidentes por su constante gusto por escalar y sus actitudes arriesgadas. Sus exabruptos eran frecuentes. En la guardería le resultaba difícil permanecer sentado para el trabajo de grupo y terminar los proyectos. La calidad de su trabajo era deficiente. En primer grado, remitieron a Ron con el psicólogo de la escuela para evaluación. Aunque su alto nivel de actividad y falta de

concentración no fueron tan pronunciados en esta evaluación. Su impulsividad al realizar las tareas y su breve capacidad de concentración eran totalmente evidentes, fuera de la evaluación. Ron fue remitido a un pediatra especializado en trastornos de déficit de atención. El pediatra recetó Ritalin, que le ayudó a reducir su nivel de actividad. (Sue, Wing y Sue, 2014, p. 422)

### Estrategias de trabajo

- Para el análisis del caso, utilice el fundamento teórico que ha estudiado en el texto guía en la Unidad 4. Evaluación psicológica, analice con mayor profundidad los aspectos relacionados con la evaluación conductual.
- Puede consultar otras fuentes bibliográficas confiables de su elección para lograr establecer puntos de encuentros entre los autores.
- Lea analíticamente el caso y responda con argumentos a las preguntas asociadas.

### Preguntas asociadas al caso:

1. ¿En la evaluación del trastorno ADHD, sería recomendable utilizar el método de evaluación conductual? Explique su respuesta.
2. ¿Qué métodos de evaluación recomendaría utilizar al psicólogo para lograr establecer un tratamiento idóneo que responda a las necesidades del niño, si se presume de ADHD? Argumente su respuesta.
3. En la evaluación conductual del ADHD ¿para qué utilizan los psicólogos clínicos los métodos de automonitoreo?

### ¡Atención!

Para el refuerzo de sus aprendizajes es necesario que realice la autoevaluación que a continuación se presenta.



## Autoevaluación 4

**En las siguientes preguntas, seleccione la respuesta correcta:**

1. Es un proceso que tiene como objetivo la comprensión y descripción de los procesos psicológicos de la persona evaluada, para ello, el psicólogo clínico utiliza diversos procedimientos, instrumentos y técnicas. ¿A qué hace referencia el enunciado?
  - a. Al psicodiagnóstico.
  - b. A la investigación.
  - c. A las tareas del psicólogo clínico.
2. Es un aspecto vital en la evaluación en psicología clínica, constituye un paso fundamental en el proceso de obtener información, elaborar diagnósticos y construir rapport con el cliente. El enunciado ¿A qué hace referencia?
  - a. Entrevista clínica.
  - b. Psicodiagnóstico.
  - c. Habilidades del clínico.
3. Es un instrumento clínico de aplicación individual que evalúa la inteligencia en niños de 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses. Se considera como una de las herramientas más importantes para la evaluación de la inteligencia. ¿A qué test hace referencia el enunciado?
  - a. WAIS –IV.
  - b. WISC-V.
  - c. WPPSI –IV.
4. Escala que está diseñada para evaluar la inteligencia de los niños de 2 años y 6 meses a 7 años y 7 meses. Consta de quince pruebas: información, semejanzas, vocabulario, comprensión, cubos, rompecabezas, matrices, conceptos, reconocimiento, localización,



búsqueda de animales, cancelación, clave de figuras, dibujos y nombres. ¿A qué test hace referencia el enunciado?



- a. WAIS -IV.
- b. WPPSI -IV.
- c. WISC-V.



5. En el marco del proceso de evaluación, un psicólogo utiliza una prueba que se caracteriza por presentar estímulos estructurados y requiere respuestas verbales complejas y organizadas. Le muestra al individuo una serie de dibujos y se le pide que cree una historia acerca de cada imagen. ¿Lo referido a qué técnica de evaluación de la personalidad corresponde?

- a. Prueba de manchas de tinta de Rorschach.
- b. Pruebas proyectivas del dibujo.
- c. Prueba de apercepción temática.

6. Un paciente acude a valoración psicológica y el psicólogo clínico le solicita que dibuje una persona en una hoja de papel en blanco y luego que dibuje otra persona del sexo opuesto de la primera. ¿A qué técnica proyectiva corresponde lo antes indicado?

- a. Prueba de apercepción temática.
- b. Juego proyectivo con marionetas.
- c. Prueba del dibujo de la figura humana.

7. Los psicólogos clínicos la utilizan para obtener información que le ayude a formular un análisis funcional de la conducta; los pasos a seguir con el fin de solucionar un problema son: identificación del problema, análisis del problema, planeación de la evaluación y evaluación del tratamiento. Lo referido ¿A qué método de evaluación conductual corresponde?

- a. Automonitoreo.
- b. Entrevista conductual.

- c. Evaluación cognitivo-conductual.
8. Fernando es un psicólogo clínico que utiliza básicamente cuatro instrumentos: la entrevista personal, la observación directa del comportamiento, los test objetivos y los test proyectivos. En este contexto, ¿En qué proceso de evaluación sería adecuado utilizar los instrumentos referidos en el ejemplo?
- a. Evaluación de la personalidad.
  - b. Evaluación de la inteligencia.
  - c. Evaluación conductual.
9. Cuando el psicólogo utiliza un método de evaluación conductual que le permite documentar la frecuencia e intensidad de conductas específicas, así como de las variables contextuales que provocan y mantienen la conducta. ¿Qué método de evaluación utiliza?
- a. Automonitoreo.
  - b. Escalas de registro.
  - c. Observación conductual.
10. La evaluación de la personalidad busca determinar características que constituyen diferencias individuales importantes en la personalidad, para el efecto, las pruebas deben cumplir con criterios específicos: uno de ellos hace referencia a que la prueba debe tener consistencia a través de mediciones repetidas. El enunciado ¿A qué hace referencia?
- a. A la confiabilidad.
  - b. A la validez.
  - c. A la estandarización.

[Ir al solucionario](#)

***¡Para tener presente!***

Posterior a responder a las preguntas planteadas, le invito a revisar las respuestas de la autoevaluación en el solucionario que se encuentra al final de la guía didáctica. Si obtuvo el 100% de logros, puede continuar con el estudio, de lo contrario repase nuevamente la unidad, pues requiere ser reforzada; también puede consultar sus inquietudes a su docente tutor (a).

## Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



### Semana 13

El análisis de los temas que se presentan en esta semana, le permitirá conocer y comprender las diferentes intervenciones que lleva a cabo el psicólogo clínico dentro de su campo de acción.

#### **Unidad 5. Intervención psicológica: promoción y prevención**

Luego de haber analizado los aspectos relacionados con la evaluación psicológica, es momento de ampliar sus conocimientos acerca de la intervención psicológica, por lo que en esta unidad abordaremos inicialmente los principios éticos de la intervención psicológica para luego centramos en la promoción, prevención y finalmente el tratamiento o psicoterapia.

##### **5.1. Principios éticos en la intervención psicológica**

Empecemos a estudiar este apartado resaltando la importancia de los principios éticos en las diversas funciones que cumple el psicólogo clínico, entre otros ya vistos, están aquellos de gran validez y que están relacionados con la promoción y la prevención de la salud mental, así como el tratamiento.

Se iniciará mencionando, que todo tipo de intervención que realice el psicólogo clínico en pro del bienestar de una persona, debe estar guiada por un conjunto de principios que protejan el bienestar del cliente. Como se evidenció en las unidades anteriores, la American Psychological Association (1992) ha creado



los principios éticos y el código de conducta del psicólogo, que tiene como finalidad proteger al usuario de los servicios psicológicos y mantener una adecuada relación profesional paciente-terapeuta.

Usted se preguntará: ¿Cuáles son los principios éticos de la intervención psicológica?

Al respecto, Compas y Gotlib (2003), señalan que los participantes en cualquier intervención psicológica tienen los siguientes derechos:

- **Al consentimiento informado**, es decir, estar bien informados sobre la naturaleza de la intervención (conocer un panorama de lo que pueden esperar que suceda en el curso del tratamiento, cuánto tiempo se llevará, posibles riesgos, etc.) antes de participar en esta: cabe mencionar que asegurar este principio en relación con los niños y adolescentes que entran en psicoterapia, es más complicado, porque los clientes más jóvenes están limitados en su capacidad de entender la naturaleza de la psicoterapia; sin embargo, esto no cambia el derecho del cliente a recibir información completa acerca de la naturaleza, los beneficios y los riesgos potenciales de los procedimientos que se emplearán.
- **A la confiabilidad**, esto es, que la información revelada durante cualquier intervención recibirá un trato respetuoso y será privada, solo con el consentimiento del cliente podrá proporcionarse su identidad y la información que se revela en la terapia (Smith-Bell y Winslade, 1994; Vásquez, 1994). Los psicólogos deben mantener la privacidad de un cliente, sin embargo, hay límites o excepciones a la confidencialidad, en casos en los que haya amenaza al bienestar del cliente (tendencias suicidas) o que el cliente sea una amenaza para el bienestar de otro (amenazas de conducta violenta contra otro, y abuso físico o sexual de un niño). En esos casos, la ley requiere que el psicólogo revele esta información a organismos sociales o legales especificados.
- **Definir sus áreas de competencia y experiencia**, los psicoterapeutas no pueden brindar sus servicios fuera de los límites basados en su formación, capacitación y experiencia; así como la supervisión recibida de otros profesionales.

- Los psicólogos clínicos deben evitar involucrarse con sus clientes en **relaciones múltiples o duales** (amistad y negocios) y está prohibido que mantengan contacto sexual o relaciones con sus clientes. (pp. 283-285)

Adicionalmente, en el ámbito de los principios éticos también se ha prestado gran atención a las competencias culturales en los profesionales de la salud mental, quienes están obligados a considerar la cultura, origen étnico, género y situación socioeconómica como variables de gran importancia al momento de realizar un diagnóstico de trastorno mental o al brindar estrategias de intervención a grupos minoritarios, en este contexto, las organizaciones de salud mental con mayor frecuencia toman la postura que es inmoral tratar a miembros de grupos marginados sin capacitación y experiencia en psicología multicultural. (Sue, Wing y Sue, 2014)

### **¡Para tener presente!**

Como se ha podido apreciar en la literatura, en la relación psicólogo-cliente es fundamental la ética profesional que protege el bienestar de quien busca atención psicológica, entre los que se puede mencionar, el derecho al consentimiento informado, a la confidencialidad, así mismo, el clínico no puede utilizar métodos, técnicas que están fuera de competencia o experticia, tampoco pueden establecerse relaciones múltiples o duales y existe la prohibición de mantener contacto sexual con sus clientes.

## **5.2. Características de la intervención psicológica**

Dentro del ámbito de las características de las intervenciones psicológicas, es necesario resaltar sus semejanzas, entre las que se puede mencionar que están regidas por los mismos principios éticos, sin embargo, difieren en las metas, los objetivos, los medios y los momentos para producir el cambio, en este contexto, surgen tres importantes interrogantes:

¿Qué debe cambiarse? ¿Cómo se produce el cambio? ¿Cuándo debería intervenirse?

Al respecto cabe mencionar que, en el ámbito de la psicología clínica, algunos expertos concuerdan que:

- Los clínicos pueden **ayudar a cambiar en las personas** uno o más de los niveles de funcionamiento: cognitivo, emocional, conductual, biológico y ambiental; así algunas intervenciones buscan cambiar conductas problema, por ejemplo, reducir la frecuencia del consumo de alcohol o cigarrillos, otras intervenciones buscan cambiar las emociones disminuyendo el malestar y aumentando la comodidad emocional, en tanto que, otras buscan reducir los sentimientos de preocupación y ansiedad (frente a un objeto, animal o situación determinada), mientras que otras pretenden cambiar lo que la gente piensa, el ambiente, etc., en este contexto, gran parte del trabajo realizado por los psicólogos clínicos está encaminado a la prevención, o el tratamiento de patologías definidas en el DSM-5 que incluye problemas de aprendizaje, dificultades de desarrollo en la vida diaria y problemas en las interrelaciones. (Compas y Gotlib, 2003)
- Para explicar **el cambio en las personas**, es necesario referir el modelo del determinismo recíproco (propuesto por Bandura), que implica que los niveles de funcionamiento humano (cognición, emoción, conducta, biología) y el ambiente se influyen entre sí, y que un cambio en cualquiera de estos factores producirá una modificación en los otros componentes. (Lazarus, citado por Compas y Gotlib, 2003)
- El **mejor momento para la intervención psicológica**, es cuando se detecta una evidencia, que la persona presente un alto riesgo de desarrollar un problema psicológico (depresión, ansiedad), o cuando presente los primeros indicios de un problema serio, esto es, si no desarrolla un estilo saludable de pensamientos y conducta. (Compas y Gotlib, 2003)

**En consecuencia:**



Los psicólogos clínicos facilitan el cambio en cualquiera de los niveles de funcionamiento del individuo y el ambiente, el cambio implica que dichos niveles de funcionamiento y el ambiente se influyan entre sí, por ende, un cambio en cualquiera de estos factores producirá una modificación en los otros componentes; se sugiere que el mejor momento para la intervención psicológica, es cuando se detecta que la persona presente un alto riesgo de desarrollar un problema psicológico o los primeros indicios de un problema serio.

### 5.3. Promoción y prevención

Avance con el estudio de las temáticas, al respecto, lo invito a que investigue en fuentes confiables y reflexione sobre:

¿Es posible promover la salud mental y prevenir los problemas psicológicos?  
¿Cuáles son los niveles de intervención psicológica? ¿A qué población va dirigida? ¿Cuáles son sus metas?

Su reflexión es muy importante, es momento de revisar algunas consideraciones al respecto basadas en la literatura, que refiere que el manejo eficaz de los problemas psicológicos involucra **tres niveles de intervención: promoción, prevención y tratamiento**, los mismos que se resumen en la imagen 21.

**Figura 21**

Niveles de intervención psicológica



Nota. Tomado de *Guía didáctica de Introducción a la psicología clínica* (p. 62) [Ilustración], por Vivanco, M. y Marín, T., 2016, EdiLoja, CC BY 4.0.

La imagen muestra de manera sintética los tres principales niveles de intervención psicológica, promoción (promueve y desarrolla estilos saludables de conducta y pensamiento), prevención (cuando se evidencia que un individuo está en alto riesgo de desarrollar un problema) y tratamiento (frente a los primeros indicios de un problema serio) con sus principales metas. Cabe señalar que una de las tareas fundamentales del psicólogo clínico es la prevención del desarrollo de patologías o mejorar las capacidades personales.

En esta línea de pensamiento, López (2008) refiere que es importante distinguir entre:

- Prevención primaria: dirigida a evitar la aparición de problemas (trastornos de ansiedad, drogadicción, SIDA, embarazos no deseados, trastornos cardiovasculares, etc.). La prevención primaria debe distinguirse de la

- promoción de la salud, en la cual la intervención se dirige a enseñar o potenciar repertorios saludables, con el objetivo de mantener la salud y mejorar la calidad de vida.
- b. Prevención secundaria: intervención dirigida a identificar los problemas en la fase más temprana posible y a actuar lo más pronto que se pueda sobre los mismos para que no se agraven.
- c. Tratamiento: intervención sobre problemas ya consolidados.
- d. Prevención terciaria: intervención dirigida a prevenir recaídas en un problema ya tratado o a evitar complicaciones posteriores de problemas crónicos o mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esos problemas. La prevención terciaria incluye el concepto clásico de rehabilitación. (p.5)

Como se puede apreciar, la psicología clínica tiene un rol importante en la promoción de la salud, la prevención de la psicopatología y el tratamiento de los diferentes problemas. El creciente porcentaje de problemas relacionados con depresión, violencia intrafamiliar, VIH-SIDA, ansiedad, entre otros, han motivado al desarrollo e implantación de promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades.

Con respecto a **la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades**, García et al. (citado por Casas, 2014) sugiere que:

La labor del psicólogo es eminentemente comunitaria y se centra en tres puntos; el análisis de las problemáticas que llevan a generar riesgos para la salud, la difusión de estudios referidos a dicha problemática y la realización de recomendaciones que lleven a la prevención de la enfermedad concreta. (p.14)

Cabe señalar que, dentro de este importante campo de la prevención y promoción, se encuentran conceptos claves como: salud y bienestar (salud mental positiva), factores de riesgo y protección.

- Las dimensiones primordiales de la salud mental positiva incluyen el desarrollo de habilidades y recursos para: a) protegerse del estrés y la adversidad. b) Involucrarse en actividades significativas para generar un

sentido de dominio y competencia individual (Compas, 1993; Weissberg, 2000, citado por Compas y Gotlib, 2003). Las funciones protectoras de la salud mental positiva se centran en la habilidad y motivación para el manejo apropiado del estrés y la adversidad, entonces cabe mencionar, que los factores de protección son características de un individuo o el ambiente, que incrementa la resistencia de este al riesgo y lo fortalece contra el desarrollo de un trastorno.

- Los factores de riesgo son características personales o ambientales que, de estar presentes en un individuo dado, favorecen o incrementan la susceptibilidad de este, en comparación con otros de la población general a desarrollar un trastorno, en tanto que, los factores de protección son características personales o ambientales que lo fortalecen contra el desarrollo de un trastorno psicológico. (NIMH, citado por Compas y Gotlib, 2003)

***En conclusión***, en la promoción y la prevención juegan un papel fundamental, la salud mental positiva (caracterizada por un conjunto de creencias o estilo cognitivo que incluye una visión optimista del futuro, un sentido de control personal sobre la vida propia y un sentido de autoeficacia), los factores de riesgo y protección y el conocimiento de estos últimos se utilizan para plantear intervenciones preventivas, que tienen como finalidad debilitar los factores de riesgo y construir factores de protección.

Es necesario tener presente que las intervenciones preventivas tienen como propósito contrarrestar los factores de riesgo, construir factores de protección que interrumpan los procesos que contribuyen a la disfunción psicológica en las personas, es así que, las intervenciones preventivas efectivas se caracterizan por el desarrollo de habilidades (conductuales, cognitivas y adaptativas), que tendrán como finalidad reducir el riesgo de patología e incrementarán la probabilidad de resultados positivos incluso ante la exposición a factores de riesgo conocidos.

En este sentido, conviene subrayar que existen distintos niveles de actuación preventiva. Con el objetivo que cuente con una visión gráfica de estos niveles, le invito a revisar la siguiente infografía denominada “Niveles de intervención psicológica” (Compas y Gotlib, 2003).

### Niveles de intervención psicológica

Con la revisión de esta información, le motivo a reflexionar sobre las siguientes preguntas: ¿En qué se diferencian los niveles de intervención? ¿Hacia qué están enfocadas las actividades de la intervención preventiva universal?

De hecho, este tema debe de haberle parecido relevante, como pudo notar existen tres principales niveles de intervención: preventiva universal, dirigida a la población general con actividades destinadas a impedir o retrasar un problema, como por ejemplo el consumo de drogas, mientras que la selectiva, se dirige a subgrupos de población que se estima, que están expuestos a factores de riesgos asociados, por ejemplo al abuso de drogas, en tanto que las preventivas indicadas, se dirigen a personas que muestran signos previos, por estar expuestos a situaciones de alto riesgo de desarrollar un trastorno, por ejemplo, pertenecer a una familia donde haya antecedentes de consumo de drogas.



### Actividades de aprendizaje recomendadas

Para una mayor comprensión de los temas abordados, le sugiero que desarrolle las siguientes actividades.

**Analice críticamente las situaciones.**

**Estrategias de trabajo**

- Para el análisis de las situaciones utilice el fundamento teórico que ha estudiado en la Unidad 5. Intervención psicológica: promoción y prevención
- Realice una consulta bibliografía en la web que le permita complementar los contenidos de su texto guía.

- Responda a la interrogante asociada a las situaciones; tenga presente que su respuesta debe tener argumentación científica.

### Situaciones:

1. Dentro de un proyecto de atención integral de salud de la Comunidad de San Rafael, consta un programa cuyos objetivos y acciones están destinados a impulsar y conservar la salud mental de las mujeres de la comunidad. Explique, ¿qué nivel de intervención psicológica, está inmerso en el programa referido?
2. En las unidades hospitalarias, en donde el psicólogo clínico forma parte de los equipos multidisciplinarios, su trabajo está orientado hacia las acciones de recepción de las interconsultas médico-psicológicas y a la asistencia directa de los familiares de los pacientes que son atendidos en los distintos servicios clínicos y quirúrgicos de la institución. Lo citado. ¿Con qué nivel de intervención del psicólogo clínico está relacionado? Argumente su respuesta.
3. En una empresa se ha instaurado un programa que cuenta con las acciones dirigidas a reducir o eliminar los factores de estrés, es decir, sus orígenes, así como promover positivamente el medioambiente de trabajo saludable. Explique ¿Con qué nivel de intervención del psicólogo clínico está relacionado el programa?

**Participe en el juego:** que le permitirá de manera lúdica evaluar los conocimientos adquiridos en las temáticas abordadas en la presente semana. Para lo cual le recomiendo:

- Leer su texto guía de la unidad 5, específicamente, Intervención psicológica: promoción y prevención.
- Identificar las ideas principales respecto a la temática.
- Registrar las ideas encontradas en su cuaderno de apuntes.
- Finalmente, participe en el juego.

### [Actividad de repaso de la semana 13](#)





## Semana 14

### Unidad 5. Intervención psicológica: promoción y prevención

Luego de haber analizado los aspectos relacionados con la intervención psicológica: promoción y prevención, conviene ahora ampliar sus conocimientos en relación con los diferentes tratamientos o psicoterapias utilizadas en la psicología clínica, los que se agrupan de acuerdo al enfoque psicoterapéutico.

#### 5.4. La psicoterapia como tratamiento

Es momento de iniciar con el análisis de la forma de intervención tradicional de los psicólogos clínicos, la psicoterapia y sus variantes modalidades, para ello, le invito a reflexionar sobre las siguientes preguntas que guiarán su estudio:

**¿Qué es la psicoterapia? ¿Qué tipos de psicoterapia son los más utilizados en la actualidad?**

Su reflexión es de vital importancia y es la base que me permite ampliar sus conocimientos, para ello, es importante tener presente que la mayoría de los autores consultados coinciden en que **la psicoterapia** es la forma de intervención más practicada por los psicólogos clínicos. Todas las formas de psicoterapia comparten un conjunto de factores comunes: siguen una secuencia de etapas y tienen como finalidad producir cambios en la forma de pensar, de sentir y de relacionarse con otros, por ende, el mejoramiento de la calidad de vida y el funcionamiento cotidiano de quien recibe este tipo de intervención.



Al respecto, Frank 1973 y Harper 1959 (citados por Bernstein y Nietzel, 1982) destacan los siguientes aspectos:

- La psicoterapia es una relación interpersonal entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un entrenamiento y experiencia especial en el manejo de los problemas psicológicos. El otro participante es un cliente que experimenta algún problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal y ha ingresado a la relación con el fin de resolver su problema.
- La relación psicoterapéutica es una alianza de apoyo, pero con propósitos, bien definidos, en la cual se utilizan varios métodos, en su mayor parte de naturaleza psicológica, con el objeto de provocar los cambios que el cliente desea y el terapeuta aprueba.
- Estos métodos se basan en alguna teoría formal acerca de los problemas psicológicos en general y de la queja específica del cliente en particular.
- Independientemente de las inclinaciones teóricas, la mayoría de los terapeutas emplean varias técnicas de intervención: fomentar el “*insight*”, reducir el sufrimiento emocional, fomentar la catarsis, proporcionar información nueva, designar tareas fuera de la terapia y aumentar la fe de los clientes y sus expectativas de lograr cambios. (p.320)

En el contexto de la psicoterapia Moreno y Tolosa (citado por Arias, 2014), refieren que los profesionales deben visualizar las necesidades del cliente, priorizar problemas de mayor significado, utilizar herramientas como la empatía, el respeto, la escucha tanto activa como reflexiva, la concreción y la autenticidad, con lo que favorecerá la construcción de una buena relación terapéutica, o relación de ayuda, que se establece con una finalidad, la de ayudar a la otra persona aportándole una mayor y mejor calidad de vida.

Como se puede apreciar, la psicoterapia es una forma de relación entre el terapeuta y el cliente, el primero es el experto en el manejo de problemas psicológicos que utiliza diferentes técnicas de intervención para reducir el malestar emocional y alcanzar el cambio esperado por el cliente, quien demanda un cambio, ya sea de tipo emocional, conductual o relacional.

Al respecto, cabe mencionar que dependiendo del enfoque teórico existen diferentes modelos de abordaje psicoterapéutico, entre los que se puede citar: **el psicoanálisis, la terapia psicodinámica, la terapia cognitivo-conductual, la terapia sistémica**, etc. Es importante resaltar, que este tipo de intervención psicológica puede realizarse con individuos, parejas, familias, grupos y comunidades; pudiendo ser terapia grupal, terapia conyugal, familiar, etc.

Cada modelo aplica la psicoterapia para alcanzar metas dirigidas a resolver conflictos inconscientes (enfoque psicoanalítico), ayudar a aceptarse a sí mismo (terapia no directiva), integrar sentimientos conflictivos (terapia Gestalt), encontrar un significado a la vida (psicoterapia existencial), modificar creencias negativas (terapias cognitivas), lograr comportamientos adaptativos (terapia de conducta) o conseguir combinaciones de estos objetivos propia de enfoques eclécticos. (Bados, 2008, p.4)

#### **5.4.1. La psicoterapia. Enfoques psicoanalítico y psicodinámica**

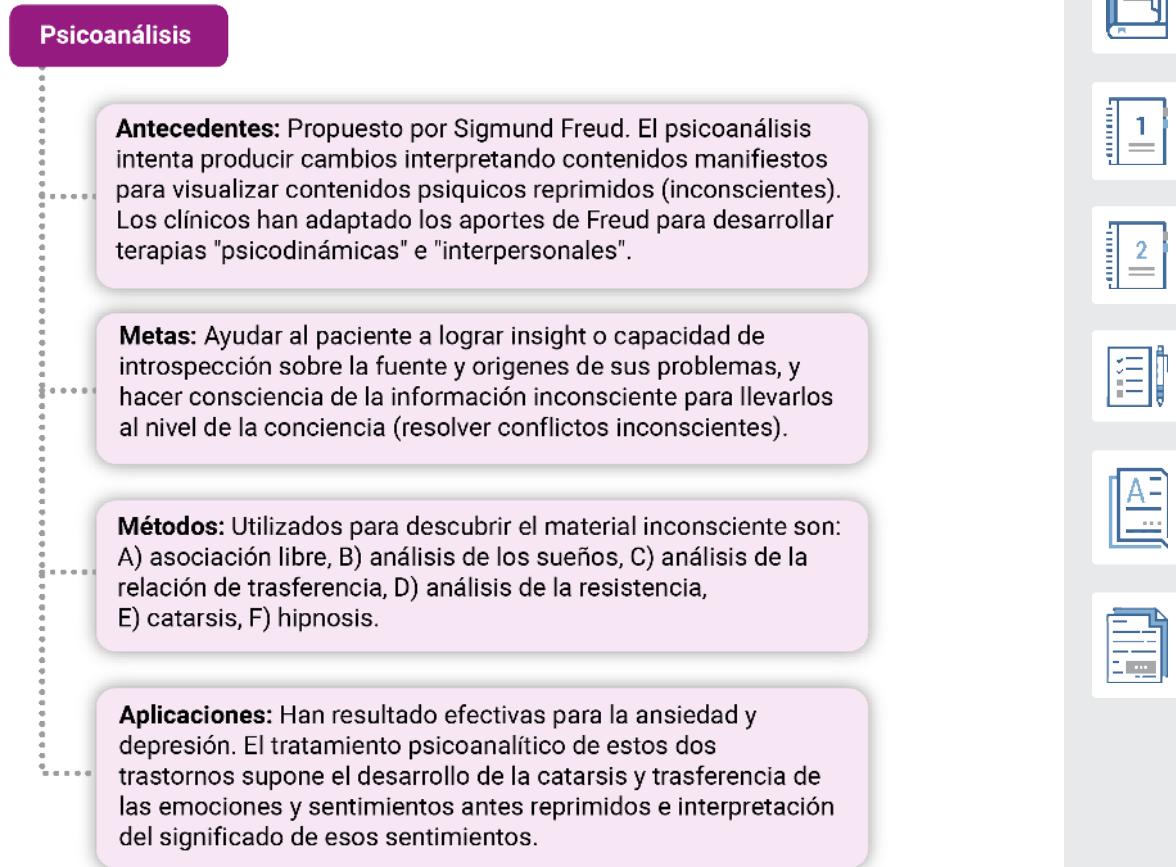
Para iniciar con el estudio de la psicoterapia, nos vamos a centrar en el análisis de los enfoques psicoanalítico y psicodinámico, que se basan en el psicoanálisis freudiano.

**El enfoque psicoanalítico:** la mayoría de los estudiosos concuerdan que Freud fue el fundador de lo que hoy conocemos como psicoterapia, además sugieren que se centra en resolver problemas de los pacientes, haciendo aflorar los pensamientos, deseos y conflictos, que son de naturaleza sexual y agresiva, reprimidos en el inconsciente, porque su existencia constituye una amenaza para la persona.

Refiere también que, para conseguir un cambio conductual, los individuos deben recurrir a terapia psicoanalítica. En la imagen 22 se exponen brevemente los aspectos claves que comprende la psicoterapia psicoanalítica.

## Figura 22

### Terapia psicoanalítica



Nota. Adaptado de *Introducción a la Psicología Clínica* [Ilustración], por Compas, B. y Gotlib, E., 2003, McGraw Hill, CC BY 4.0.

A manera general, y como se ha podido observar en la figura, el enfoque psicoanalítico se basa en la teoría de Freud, quien sugiere que, durante la terapia, el paciente resuelve sus problemas a través de la comprensión del origen inconsciente de estos. Según los psicoanalistas, la psicoterapia ha

resultado efectiva en tratamientos de ansiedad y depresión; el proceso psicoterapéutico utiliza diversos métodos, entre los que se pueden mencionar de forma resumida los siguientes:

- **Asociación libre**, consiste en que el paciente diga en voz alta todo lo que se le pasa por la mente, sin censura alguna (recuerdos, pensamientos o sensaciones). La función del analista es tratar de dar sentido a las secuencias de asociaciones del paciente.
- **Análisis de los sueños**, estos, al ser inconscientes, son objeto de análisis, tanto el contenido manifiesto (significado real o superficial del sueño) como el latente (lo que representa simbólicamente), Freud mencionó que los sueños son “el camino real al inconsciente”.
- **Análisis de la resistencia**, visto como un proceso en el que el paciente intenta de forma inconsciente impedir el análisis y evitar la exposición del material reprimido. Se emplea para descubrir e interpretar dicho material.
- **Análisis de la relación de transferencia**, es un aspecto primordial en la alianza terapéutica (terapeuta-paciente), en este proceso, el paciente reconstruye conflictos previos al dirigir y situar sobre el terapeuta sentimientos y actitudes que tuvo hacia personas significativas del pasado.
- **Catarsis**, efecto terapéutico de liberar la emoción cuando lo reprimido se hace consciente (Compas y Gotlib, 2003).

Los métodos referidos son utilizados como medios para acceder al inconsciente y, por ende, resolver los problemas psicológicos del paciente; cabe mencionar, que las terapias psicoanalistas son de larga duración, lo que las vuelve costosas y de difícil acceso para la mayoría de las personas.

Dentro del contexto de la psicoterapia, la literatura manifiesta que las derivaciones más recientes del psicoanálisis, son las denominadas **terapias psicodinámicas**, que se basan en el psicoanálisis freudiano, entre las más conocidas se pueden mencionar: La psicología del yo, las relaciones objetales, la psicoterapia psicodinámica breve y la interpersonal; estas dos últimas son las más practicadas y se caracterizan por ser de corta duración, con un enfoque explícitamente interpersonal y orientado al presente y que han sido objeto de diversas investigaciones.

Al respecto, Compas y Gotlib (2003) refieren que las investigaciones, sobre el proceso de tratamiento de la psicoterapia psicodinámica e interpersonal, revelan que:

- Las características específicas de la alianza terapeuta-paciente se relacionan con los efectos más positivos de la terapia.
- La naturaleza y frecuencia de las interpretaciones formuladas por el terapeuta se vinculan con el resultado de la terapia dinámica a corto plazo.
- Las interpretaciones centradas en la relación de transferencia y proporcionadas en bajas concentraciones se relacionan con resultados más positivos.
- La forma en que los pacientes piensan y desarrollan representaciones de su relación con el terapeuta se vincula con los resultados de la terapia.
- Las representaciones más positivas del terapeuta y de la relación terapéutica se asocian con resultados positivos en las terapias psicodinámicas.

Con la finalidad, de que usted tenga una visión más amplia del enfoque psicoanalítico y psicodinámico, le propongo revisar detenidamente el recurso educativo de PowerPoint denominado: "[Psicoterapia: Enfoque psicoanalítico y psicodinámico](#)" (Marín, 2020).

Con la revisión de esta información, le motivo a reflexionar sobre las siguientes preguntas:

**¿Cuál es la diferencia más significativa de los enfoques psicoanalítico y psicodinámico? Del modelo interpersonal ¿Qué psicoterapia es la más utilizada? Y en el tratamiento, ¿de qué problemas ha resultado eficaz?**

Seguro estos temas le parecieron muy importantes; basado en la literatura, se puede concluir que las derivaciones más recientes del psicoanálisis son las terapias psicodinámicas, que generalmente son más cortas y flexibles en su práctica, ponen énfasis en las relaciones interpersonales y en la problemática actual del paciente. La psicoterapia dinámica más utilizada es la del modelo interpersonal, que según investigaciones ha tenido éxito en el tratamiento de

pacientes con depresión, así como también, con problemas alimentarios; siendo una herramienta terapéutica efectiva para pacientes que no responden a otras formas de tratamiento (Compas y Gotlib, 2003).

#### **5.4.2. Psicoterapia: enfoques humanista, existencial y experiencial**

Continúe con el estudio de la unidad, para ello, se va a centrar en la psicoterapia: **enfoque humanista, existencial y el modelo más reciente del proceso experiencial**. Según la literatura, la figura más destacada de este enfoque es Carl Rogers, quien asume que siempre hay algo bueno en todas las personas y que los problemas se originan cuando los individuos pierden el contacto con su experiencia interna y sus emociones.

**Empiece con la terapia centrada en la persona y la psicoterapia existencial**, en la primera, su pionero es Carl Roger, quien considera que la psicopatología es la consecuencia de bloqueos al crecimiento positivo provocados por el entorno y por la experiencia del individuo y la discrepancia entre el yo verdadero y el yo ideal, mientras que, la segunda tiene sus raíces en el surgimiento de los filósofos del siglo XIX; así como de psicólogos europeos, y destaca los problemas existenciales experimentados por las personas durante o a lo largo de su vida. Con la finalidad de brindar un panorama general, se presenta una síntesis con los aspectos relevantes de estos enfoques.

Inicie con la **terapia centrada en la persona** de Rogers, que fue una figura importante desde el punto de vista humanista, quien consideraba que la terapia es una experiencia que puede ayudar a la gente a reconectarse con sus procesos de valoración orgánica, lo que dirige el sano desarrollo (Cloninger, 2003).

En este contexto, Roger (citado por Compas y Gotlib 2003), refiere que en el ámbito de la terapia:

- El paciente, más que el terapeuta, es el experto, pues conoce su propia experiencia, la naturaleza del problema e incluso las mejores maneras de resolverlo.

- La relación psicológica entre cliente y terapeuta es de mucha importancia, el cliente está en un estado de incongruencia psicológica o emocional, en tanto que, el terapeuta es congruente, integrado o genuino en la relación.
- Para la efectividad de la terapia se requiere de seis condiciones básicas: el terapeuta debe experimentar consideración positiva, incondicional hacia el cliente; debe ser auténtico en la relación terapéutica, debe comprender empáticamente la experiencia interna del cliente y esforzarse por comunicarle esta comprensión. Debe lograrse, al menos de manera mínima, la comunicación al cliente de la comprensión empática y la consideración positiva incondicional del terapeuta.
- Su objetivo fundamental es que la persona logre recuperar el contacto con su naturaleza orgánica, con su Yo real. (pp.350- 351)

Por otro lado, y con respecto a la **terapia existencial**, cabe acentuar que resalta el potencial humano para el libre albedrío, así como las limitaciones humanas y las dimensiones problemáticas y trágicas de la existencia; sus defensores destacan las siguientes consideraciones:

- Se enfoca en los dilemas existenciales enfrentados por los individuos como: el significado del libre albedrío, la responsabilidad por la vida y enfrentar la propia mortalidad. Asume que el poder para realizar cambios está en el cliente, no en el terapeuta, ni en las técnicas.
- Su meta es ayudar al individuo a reconocer y negociar las tareas de la vida.
- Los aspectos claves de las técnicas de la psicoterapia existencial, residen en que el terapeuta ayuda a los clientes a: incrementar su conciencia de la forma en que piensan, experimentar el yo y el mundo, mirar con profundidad en su propia experiencia, expresar sus emociones, metas y temores, ser cada vez más abiertos a su propia experiencia y modificar los aspectos autoderrotistas de su sistema de constructos del Yo y del mundo (Compas y Gotlib 2003).

En tanto que, la literatura con respecto a la **psicoterapia del proceso experiencial**, señala que es el resultado de la integración de las terapias: Centrada en el cliente, Gestalt y Existencial. Destaca entre otros aspectos, que:

- La terapia se centra en la experiencia presente del cliente y en los procesos actuales que ocurren en la sesión de terapia.
- La meta de la terapia es ayudar al cliente a acceder a sus esquemas de emociones disfuncionales y expresarlos en la terapia, lo que le llevará al cambio de las emociones problemáticas.
- Existen tres principios básicos que caracterizan la relación cliente-terapeuta: armonía empática, vínculo terapéutico, colaboración en la tarea entre el terapeuta y el cliente. (Compas y Gotlib 2003)

Es importante reforzar estos contenidos, para lo que le recomiendo revisar detenidamente el recurso educativo de PowerPoint denominado: "[Psicoterapias: centradas en el cliente, existencial y experiencial](#)" (Marín, 2021). Que tiene como finalidad que conozca de manera sintética los aspectos relevantes de las referidas psicoterapias.

Con la revisión de esta información de este recurso, le motivo a reflexionar sobre las siguientes interrogantes:

**¿Qué aspectos son considerados claves para conseguir éxito en la terapia centrada en el cliente? ¿Cuáles son los principios básicos de la terapia experiencial? ¿Qué se requiere para alcanzar éxito en la terapia existencial?**

De hecho, estos temas le parecieron muy llamativos, es, por tanto, relevante mencionar, que cada psicoterapia postula que para el éxito terapéutico existen aspectos importantes que deben ser considerados; así la **terapia centrada en el cliente** resalta que es indispensable: aprecio positivo, incondicional, congruencia y comprensión empática, mientras que, para la **psicoterapia existencial**, es preciso incrementar en el cliente la conciencia de la forma en que piensa, experimenta el Yo y el mundo, que aprecie con profundidad su experiencia, exprese sus emociones, metas y temores y modifique los aspectos autoderrotistas de su sistema de constructos del yo y del mundo; en

tanto que, la **terapia experiencial** subraya que la relación terapéutica debe regirse por tres principios básicos: armonía empática, vínculo terapéutico y colaboración terapeuta- cliente. (Compas y Gotlib 2003)

#### **5.4.3. Psicoterapia. Enfoques conductual y cognitivo**

Continúe con el estudio de la unidad, por ello, es momento de analizar otras formas importantes de psicoterapia como son: la terapia cognitiva, cuya base teórica proviene de la psicología cognitiva y la terapia conductual, cimentada en los principios del conductismo.

En este contexto, empezará enfocándonos en la terapia conductual, la misma que se fundamenta en la teoría del aprendizaje (los individuos aprenden en el entorno); los aspectos claves se exponen brevemente en la imagen 23.

Imagen que refiere de manera sintética los antecedentes, metas, métodos y aplicaciones de la terapia conductual.

**Figura 23**

*Terapia conductual*

**Terapia Conductual**

**Antecedentes:** Surge en la teoría del aprendizaje, con los aportes de Watson, Pavlov (condicionamiento clásico), Skinner (condicionamiento operante), entre otros. Las técnicas de modificación de conducta florecieron en la década de 1950.

**Principio:** Identificar la conducta o conductas problema de manera objetiva y precisa. Determinar antecedentes y consecuencias de tales conductas. La terapia está encaminada a las conductas manifiestas u observables.

**Meta:** Reducir o eliminar las conductas problemas e incrementar la frecuencia de las conductas adaptadas. Las metas fijadas conviene que sean claras y específicas, deben ser planeadas de manera activa y colaborativa entre el terapeuta-paciente.

**Métodos:** Dispone de una gran variedad de técnicas que están centradas en las conductas problemas con el fin de eliminarlas e incrementar conductas adaptadas en los individuos.

**Aplicaciones:** a) Procedimientos para reducir temores: desensibilización sistemática, terapia de exposición, terapia implosiva o de inundación.  
b) Procedimientos para dificultades en el funcionamiento social: capacitación en habilidades sociales, manejo de contingencias, moldeamiento, contrato de contingencias, programas de economía de fichas, condicionamiento aversivo.

Nota. Adaptado de *Introducción a la Psicología Clínica* [Ilustración], por Compas, B. y Gotlib, E., 2003, McGraw Hill, CC BY 4.0.

Como se ha podido observar en la figura, la terapia conductual surge de la teoría del aprendizaje y de sus leyes, por consiguiente, su objetivo fundamental es lograr reducir o eliminar las conductas problema e incrementar la frecuencia de comportamientos positivos, utilizando los principios del aprendizaje.

En el proceso psicoterapéutico conductual se utiliza diversos procedimientos para tratar problemas específicos como temores o ansiedad, que se presentan a continuación de manera resumida:

a. Procedimientos para reducir el temor o la ansiedad, entre otros, se pueden citar:

- **Desensibilización sistemática**, técnica creada por Wolpe en 1958, destinada a reducir el miedo y la ansiedad, consta de tres pasos: entrenamiento en relajación, elaboración de jerarquía de ansiedad, apareamiento sucesivo de la relajación; con esto se incita a una respuesta automática de relajación que interfiera con el malestar del estímulo que genera el temor.
- **Terapia de exposición**, incluye la exposición continua, real o imaginaria a una situación que despierte miedo, puede ser presentación inmediata del estímulo que causa temor (saciedad) o exposición gradual.

b. Procedimientos para dificultades en el funcionamiento social, dentro de las más comunes se puede señalar:

- **Modelamiento**, pretende fortalecer una conducta por medio de reforzamiento, se requiere que la conducta se emita primero y luego se le refuerza.
- **Contrato de contingencias**, se elabora y se firma un acuerdo formal, que describe exactamente las conductas que se esperan, así como las consecuencias de las mismas; un aspecto importante es el uso de puntos ganados o perdidos (por determinadas conductas) que pueden ser canjeados por bienes o privilegios.

- **Programas de economía de fichas**, los individuos reciben una recompensa con una ficha (dinero, calificaciones), contingente o consecuente a su desempeño o conducta.
- **Condicionamiento aversivo**, busca reducir conductas indeseables (por ejemplo: fumar, beber, comer compulsivamente) mediante el apareamiento de la conducta con un estímulo nocivo. (Compas y Gotlib 2003)



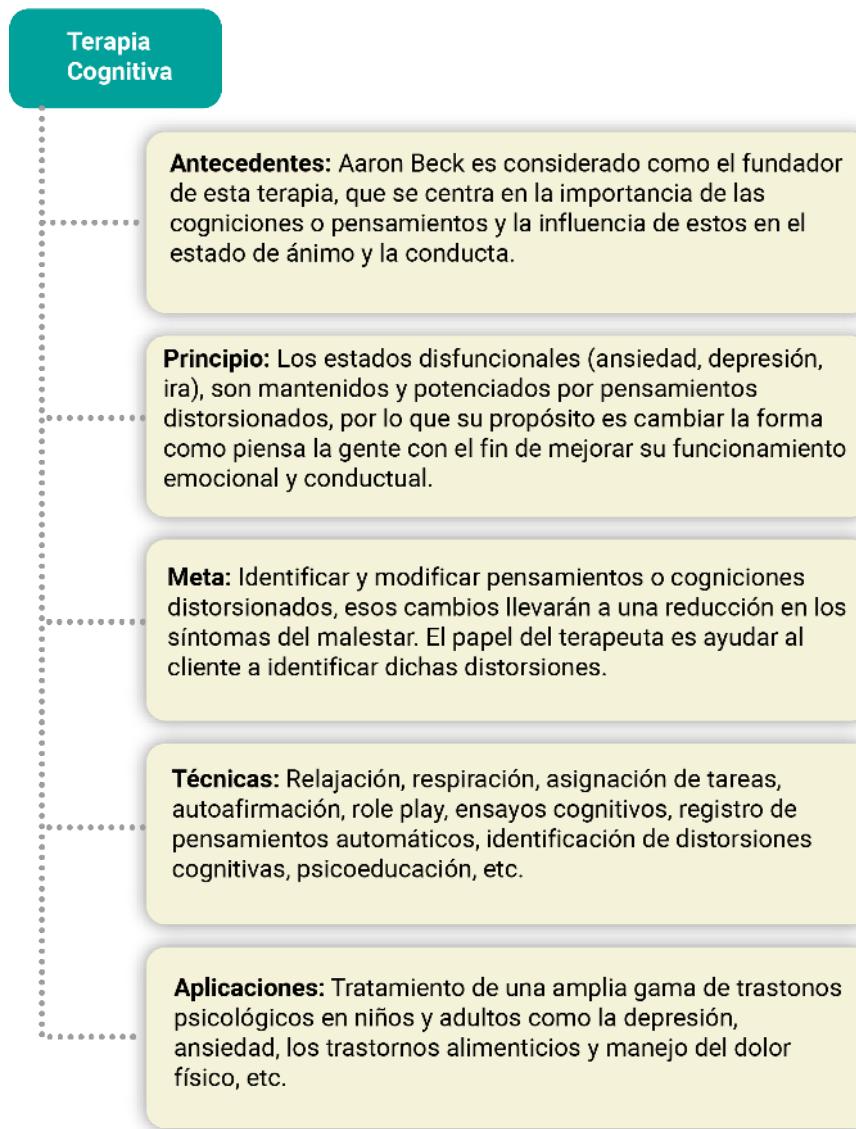
**En conclusión**, la literatura sostiene que la terapia conductual le otorgó una gran importancia a la conducta manifiesta, por ende, observable. Los terapeutas conductuales utilizan los principios del aprendizaje para abordar la conducta normal y anormal, en consecuencia, los métodos para modificar las conductas se basan en las leyes del aprendizaje. La terapia conductual es utilizada en el tratamiento de temores, fobias; así como también, para enseñar habilidades sociales y asertividad.

En tanto que, la **terapia cognitiva** tiene como base teórica el modelo cognitivo, para Beck (como se citó en Riso, 2006) todas las perturbaciones psicológicas tienen un común denominador, distorsiones cognitivas que influyen en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos.

Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes. Los aspectos claves se refieren sintéticamente en la imagen 24.

## Figura 24

### Terapia cognitiva



Nota. Adaptado de *Introducción a la Psicología Clínica* [Ilustración], por Compas, B. y Gotlib, E., 2003, McGraw Hill, CC BY 4.0.



**En conclusión** y basado en la literatura, la terapia cognitiva sostiene que las perturbaciones psicológicas son mantenidas y potenciadas por pensamientos distorsionados, por lo que su propósito es cambiar la forma de cómo piensa la gente (distorsiones cognitivas), siendo el rol del terapeuta ayudar al cliente a identificar dichas distorsiones, con la finalidad de mejorar su funcionamiento emocional, conductual y tener una vida plena.

#### **5.4.4. Psicoterapia. Enfoques sistémico familiar e integrativo**

Continúe con el estudio de los enfoques psicoterapéuticos, para ello nos centraremos en el estudio de los enfoques sistémico e integrativo. Para el primero, el elemento fundamental es la familia y el tipo de relaciones que se establece en este sistema familiar, lo que a su vez posibilitará o no la presencia y/o mantenimiento de problemas psicológicos de sus miembros. El segundo, el enfoque integrativo, que integra varios paradigmas, por lo que utiliza diversidad de técnicas con el objetivo de elevar la calidad de vida de los individuos.

Empezará con el **enfoque sistémico familiar**, para el cual la familia es fundamental, y la conceptualiza como un sistema con identidad propia y que está en constante cambio e interacción con otros sistemas. La interrelación de los miembros de la familia está regida por reglas, límites y jerarquías. Desde esta perspectiva, el origen de los problemas psicológicos se encuentra en el ámbito familiar, núcleo en el que se desarrolla el paciente identificado, de manera que el análisis de dichos problemas y su tratamiento se deben realizar a nivel familiar, no individual.

A continuación, analizará de forma sintética los aspectos relevantes de la terapia familiar sistémica relacionados con: postulado fundamental, nociones claves y principales técnicas de intervención. Al respecto, Ochoa (1995) destaca los siguientes aspectos:

- **El postulado fundamental** refiere que, ni las personas, ni sus problemas existen en el vacío, si no que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia.
- **Las nociones básicas** están enmarcadas en: a) **causalidad circular**, que es la capacidad del terapeuta para conducir la sesión basándose en los *feedbacks* que recibe por parte de la familia, en respuesta a la información que él solicita en términos relationales y consiguientemente, en términos de diferencia y cambio. b) **ciclo vital de la familia**, este sistema atraviesa por diversas etapas de desarrollo (formación de pareja, familia con hijos pequeños y adolescentes, familia con hijos adultos, nido vacío), en estas etapas todos los miembros de la familia requieren una reorganización de los roles y reglas del sistema, así como, una modificación de los límites familiares internos y externos; cuando el ciclo vital se interrumpe, puede desencadenarse una crisis familiar.
- **El objetivo de la terapia** es restablecer la dinámica familiar, modificando las interacciones entre los miembros del sistema familiar, para lo que el psicólogo descubre y moviliza los recursos propios de la familia.
- **Las principales técnicas son:** clarificar y recapitular, preguntas (cumple varias funciones: evaluar el problema, crear la relación terapéutica, preparar y elaborar el cambio), escultura familiar, narración de cuentos metafóricos, connotaciones positivas, tareas, redefiniciones, prescripciones, rituales, etc.

### ¡Para tener presentes las principales técnicas!

- **Preguntas:** lineales: ¿Quién hizo, qué cosa? ¿Cuándo? Circulares: ¿Qué hace tu hijo cuándo gritas? ¿Quién se preocupa más por la depresión? De comparación y clasificación: ¿Quién se preocupa más en tu casa por el problema? Orientadas al futuro: ¿Cómo crees que va a estar tu pareja y tú

dentro de seis meses? Hipotéticas: si hubieras aceptado el trabajo en el extranjero, ¿cómo habría sido la relación con tus padres?

- **Connotación positiva:** tiene como objetivo prescribir el síntoma y, dado que no se puede prescribir lo que se critica, surge esta estrategia, en la cual se connota positivamente el síntoma y las conductas de los familiares.
- **Rituales:** acciones acompañadas de procedimientos verbales en las que deben participar todos los miembros de la familia. El ritual funciona porque empuja a toda la familia a luchar por una meta común. Son útiles para derribar mitos (convicciones que el grupo comparte, estos dictan el tipo de relaciones que establecen los miembros de la familia y los papeles de cada uno de ellos).
- **Prescripción paradójica:** en la prescripción del síntoma, el terapeuta pide que, en lugar de tratar de evitarlo, se permita que el síntoma se desarrolle en una determinada situación o lapso de tiempo.
- **Prescripción invariable,** se trata de una serie de prescripciones especificadas en sus menores detalles, tiempos y secuencias. (Navarro 1995)

Es así que, para profundizar en el tema, le recomiendo leer comprensivamente el artículo [El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia](#). (Espinal, et al., 2006) que, entre otros aspectos, analiza el sistema familiar desde el enfoque de la Teoría General de Sistemas. Describe conceptos como sistema, subsistemas, homeostasis, retroalimentación, etc., aplicados al sistema familiar. También se revisa, desde este mismo enfoque teórico, las disfuncionalidades y estrategias de intervención usadas con mayor frecuencia.

Luego de la revisión del documento en mención, es necesario que realice un resumen en el que destaque los aspectos claves del enfoque sistémico familiar, entre estos, las principales técnicas de intervención.

Como lo pudo apreciar, en la terapia familiar sistémica, cualquier síntoma debe ser visto como un mecanismo que busca regular el equilibrio y las interacciones de los miembros de una familia. Se asume que el integrante de la familia que muestra el síntoma (paciente identificado) no va a presentar

cambios hasta que se modifique el sistema familiar. El trabajo psicoterapéutico, mediante el uso de diferentes técnicas, busca reestructurar los estilos disfuncionales de interacción familiar, así como también, descubrir y movilizar sus recursos funcionales y propios de la familia.

Avance con el estudio de los enfoques psicoterapéuticos, para ello, se va a centrar en el **análisis del enfoque integrativo**. Según el Instituto de Psicoterapia Integrativa (Bios), esta psicoterapia se caracteriza por reconocer a la persona de forma total, esto es, en los niveles de funcionamiento afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico, así como en el ámbito espiritual.

En este contexto, Erskine y Moursund, (como se citó en Erskine Trautmann, 1999) refiere que:

La psicoterapia integrativa tiene en cuenta diversas visiones del funcionamiento humano: psicodinámica, centrada en el cliente, conductista, terapia familiar, Gestalt, psicoterapia corporal, de influencia reichiana, teorías de las relaciones objetuales y psicología psicoanalítica del self, además del Análisis Transaccional (...) Cada una proporciona una explicación válida sobre la función psicológica y la conducta y se refuerzan cuando se integran de forma selectiva con las demás. (párr. 3)

Cabe mencionar, que los autores concuerdan que un principio fundamental de este enfoque, es el respeto a la integridad del cliente; a continuación, se hará referencia de forma sintética los aspectos de mayor relevancia:

- **Objetivo:** facilitar la plenitud, la calidad del ser de la persona y su funcionamiento en las áreas, intrapsíquica, interpersonal y sociopolítica. Potenciar al máximo al individuo con la debida consideración hacia los propios límites personales y las restricciones externas de cada individuo.
- **Otro objetivo importante** es utilizar la relación terapeuta- cliente (la capacidad de crear contacto en el presente) como un trampolín para las relaciones satisfactorias con otras personas y para un sentido de sí mismo unificado y satisfecho.
- **La relación psicoterapéutica** está orientada al contacto, que se centra en: indagación, sintonía e implicación que responde a las necesidades actuales

del cliente, esto es, una relación emocional nutritiva que es reparadora y de apoyo.

- **El contacto intrapsíquico e interpersonal pleno:** es posible cuando un cliente experimenta que el terapeuta: 1) permanece en sintonía con su ritmo, su afecto y sus necesidades, 2) es sensible a su funcionamiento psicológico en los niveles evolutivos, 3) respeta cada interrupción de contacto y cada defensa autoprotectora y 4) está interesado en comprender el modo de construir significados.
- **Las dimensiones del funcionamiento** afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico, son una guía importante para determinar cuando un individuo está abierto o cerrado al contacto y, por lo tanto, al apoyo terapéutico.  
(Erskine y Trautmann 1999, s/p.)

**Tomando como referencia la literatura investigada,** la Psicoterapia Integrativa se caracteriza por reconocer a la persona en todos los niveles de funcionamiento: afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico, así como en el ámbito espiritual, en consecuencia, su objetivo fundamental es facilitar la plenitud de la persona y su

desenvolvimiento en las áreas, intrapsíquica, interpersonal y sociopolítica que se potencian al máximo, para ello, y dentro de la relación terapéutica utiliza diferentes métodos, entre ellos, la indagación,

la sintonía y la implicación, con ellos buscan responder a las necesidades actuales del cliente.

#### **Lectura:**

Para profundizar en el tema le recomiendo leer comprensivamente el artículo de: Erskine, R. Trautmann, R. "Métodos de una Psicoterapia Integrativa" Traducción: Ángela Pérez Burgos y Amaia Mauriz. Recuperado de Instituto de psicoterapia integrativa. Entre otros aspectos, aborda la importancia de la relación psicoterapéutica y describe de forma general los métodos de indagación, sintonía e implicación.



## Actividades de aprendizaje recomendadas

Para una mayor comprensión de los temas abordados, le invito a desarrollar las siguientes actividades:

1. Realice un cuadro descriptivo donde se indiquen las principales características de los enfoques psicoterapéuticos: psicoanalítico, psicodinámico, humanista, existencial, experiencial y cognitivo conductual

Estrategias de trabajo:

- Lea detenidamente la Unidad 5. Intervención psicológica: promoción y prevención, analice con mayor profundidad el apartado de enfoques psicoterapéuticos: Psicoanalítico, humanista, existencial, experiencial y cognitivo conductual.
- Complemente la información revisando los recursos educativos PowerPoint: "Psicoterapia. Enfoque psicoanalítico y psicodinámico" (Marín, 2021). "Psicoterapias: centrada en el cliente, existencial y experiencial" (Marín, 2021)
- Extraiga las características principales de cada enfoque psicoterapéutico.
- Describa los objetivos, metas y métodos de cada enfoque.
- Finalmente, elabore el cuadro descriptivo.

## 2. Analice críticamente el caso de una mujer de 27 años.

### Planteamiento del caso

### Planteamiento del caso de una mujer de 27 años

Se trata de una mujer de 27 años, casada y con dos hijos pequeños. Tuvo una adolescencia tormentosa, fue forzada a tener relaciones sexuales con un hermano seis años mayor que ella, a quien primero idolatró y después temió. La relación continuó hasta que ella salió de su casa para asistir a la universidad y fue cuando les platicó a sus padres sobre el asunto. Ante la



confusión emocional resultante, intentó suicidarse (con una sobredosis de aspirinas) pero no fue hospitalizada... Al parecer era coqueta, pero en el interior era tímida y se sentía incómoda, muy sola, y en un esfuerzo por manejar su ansiedad y la sensación de vacío interno, pasó por un periodo de ligero abuso de alcohol y aventuras sexuales breves. A los 19 años se casó con un compañero de clase y dejó la escuela. Durante los primeros años de matrimonio se sintió ansiosa y aburrida, y después del nacimiento de su segundo hijo presentó tendencia a la tristeza y al llanto. Su estado de ánimo variaba mucho de una hora a la siguiente, de un día al otro, pero los sentimientos negativos se intensificaban en gran medida en los tres o cuatro días anteriores a su menstruación.

Cuando la familia creció, su esposo se volvió menos atento y como respuesta a esto, ella se volvió cada vez más irritable, provocativa y en ocasiones abusiva (arrojaba platos, profería insultos). Su esposo comenzó una relación fuera del matrimonio, que ella más tarde descubrió. En ese momento se sintió seriamente deprimida, perdió el sueño y el apetito, empezó a abusar del alcohol y los sedantes y tuvo varios intentos de suicidio, incluyendo una vez que se cortó la muñeca. En dos ocasiones se ocultó por varias noches en moteles, sin informar a nadie dónde estaba. Cada vez se llevaba con ella a su hija de ocho años, como si deseara protegerla de las "malas intenciones" que imaginaba su esposo tenía para con la niña. Después del incidente en que se cortó las venas, cuando también había dejado una nota en la que se disculpaba por ser un "fracaso" como esposa y madre, ingresó a un hospital. Comprendió la naturaleza irreal de sus sospechas, como explicó al personal del hospital, pero era incapaz de eliminar las dudas malsanas que experimentaba (Stone, 1986, p. 210, citado por Sarason y Sarason, 2006).

### Estrategias de trabajo

- Para el análisis del caso, utilice el fundamento teórico que ha estudiado en la guía didáctica en la Unidad 5, específicamente los enfoques psicoterapéuticos; así como los recursos de PowerPoint disponibles en cada semana.

- Puede consultar otras fuentes bibliográficas confiables de su elección para lograr establecer puntos de encuentro entre los autores.
- Lea analíticamente el caso y responda con argumentos a las preguntas asociadas.



### Preguntas asociadas

1. En el tratamiento psicoterapéutico de la señora del caso, el psicólogo establece como metas cambiar las conductas suicidas, las conductas que interfieren con la terapia y en la calidad de vida, así como la adquisición de habilidades conductuales. Desde su punto de vista, ¿qué terapia está utilizando el psicólogo? Argumente su respuesta.
2. ¿Cuáles serían las metas prioritarias de un programa de tratamiento?
3. ¿En qué tipo de trastornos sería aconsejable utilizar este tipo de enfoque psicoterapéutico?



Es hora de visualizar el nivel de conocimientos alcanzados en esta unidad, por ello, le invito a realizar la autoevaluación. Debe tener presente que si alcanzó el 100 % de logros, puede continuar con el estudio, de lo contrario, revise nuevamente las temáticas, pues requieren ser reforzadas.



### Autoevaluación 5

**En las siguientes preguntas, seleccione la respuesta correcta:**

1. Un equipo de profesionales de la salud mental realiza intervenciones en adolescentes, dirigidas a evitar la aparición de problemas como: embarazos no deseados, drogadicción, trastornos de la alimentación. ¿A qué tipo de intervención hace referencia el postulado?
  - a. Secundaria.
  - b. Terciaria.
  - c. Primaria.
2. Intervención psicológica dirigida a prevenir recaídas en un problema ya tratado o a evitar complicaciones posteriores de problemas

crónicos o mejorar la calidad de vida de las personas que los ¿A qué tipo de intervención hace referencia el postulado?



- a. Secundaria.
- b. Terciaria.
- c. Primaria.



3. Esta dimensión incluye el desarrollo de habilidades y recursos para: protegerse del estrés y la adversidad, involucrarse en actividades significativas para generar un sentido de dominio y competencia ¿A qué hace referencia el enunciado?

- a. Salud mental positiva.
- b. Factores de protección.
- c. Factores de defensa.

4. Son programas que, por ejemplo, enseñan a manejar el estrés, a hacer ejercicios, a comer de manera saludable y habilidades de competencia social; están dirigidos a poblaciones amplias, su finalidad es incrementar la salud y el bienestar. Lo citado ¿A qué nivel de intervención psicológica hace referencia?

- a. Programas de tratamiento.
- b. Programas de promoción de la salud.
- c. Programas de prevención.

5. Un psicólogo clínico, informa de manera detallada a su cliente acerca de las características y parámetros de una intervención, antes de iniciar el ¿Qué principio ético, se evidencia en el ejemplo?

- a. Confidencialidad.
- b. Consentimiento informado.
- c. Experticia en el área de intervención.

6. En el marco de la psicoterapia, cuando el clínico tiene como meta resolver conflictos inconscientes de un paciente. ¿En qué tipo de enfoque estará basado?



- a. Psicoanalítica.
- b. Gestalt.
- c. No directiva.



7. Cuando el psicólogo clínico tiene como meta ayudar a su cliente a que encuentre un significado en la ¿Qué enfoque psicoterapéutico está utilizando el profesional de la salud mental?



- a. Terapia conductual.
- b. Psicoterapia existencial.
- c. Terapia cognitiva.



8. ¿Qué técnica del enfoque sistémico familiar cumple varias funciones?

Como: evaluar el problema, crear la relación terapéutica, preparar y elaborar el cambio



- a. Connotaciones positivas.
- b. Redefiniciones.
- c. Preguntas.



9. ¿Cómo se denomina la técnica del enfoque sistémico familiar en la que el terapeuta permite que el síntoma se desarrolle en una determinada situación o lapso de tiempo, en lugar de evitarlo?

- a. Prescripción paradójica.
- b. Prescripción invariable.
- c. Connotación positiva.

10. Psicoterapia que se caracteriza por reconocer a la persona de forma total, esto es, en los niveles de funcionamiento afectivo, conductual,

cognitivo y fisiológico, así como en el ámbito ¿Qué enfoque se caracteriza por lo antes referido?

- a. Psicodinámico.
- b. Integrativo.
- c. Centrada en el cliente.

[Ir al solucionario](#)



### Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



#### Semana 15

Ha concluido con el estudio de las unidades correspondientes a este bimestre, le invito a profundizar estos contenidos, previo a la evaluación correspondiente al segundo bimestre.

#### Actividades finales del bimestre

**Unidades: 4. Evaluación psicológica, 5. Intervención psicológica: promoción y prevención**

En esta semana le recomiendo profundizar con el estudio de los contenidos abordados en el segundo bimestre, que le permite prepararse para rendir la evaluación presencial, puede obtener retroalimentación de su tutor (a) en el chat de tutoría y consultas; así como en los anuncios académicos.



## Actividades de aprendizaje recomendadas

**Actividad 1:** profundice todas las unidades de la guía didáctica, estudiadas durante el segundo bimestre.



### Estrategias de trabajo

- Estudie y analice cada una de las ideas resaltadas como importantes en la guía didáctica, las unidades 4 y 5; así como en sus anotaciones personales.
- Revise los apuntes realizados de cada uno de los aspectos importantes que usted realizó sobre cada tema de las clases virtuales del primer bimestre.
- Elabore organizadores gráficos y tablas que le permitan describir características esenciales de cada uno de los contenidos.



**Actividad 2:** realice la actividad suplementaria, destinada a los estudiantes que, por razones de fuerza mayor, no pudieron participar en el chat académico.



### Estrategias de trabajo

- En la guía didáctica, lea comprensivamente los contenidos estudiados en las unidades del segundo bimestre.
- El cuestionario tiene 10 preguntas que son de opción múltiple y que cuenta con dos intentos.



**Actividad 3:** participe en el juego de autoevaluación que le permitirá evaluar conocimientos adquiridos en las unidades tratadas en el segundo bimestre



Juego Evaluar los conocimientos adquiridos en las unidades abordadas en el segundo bimestre



### Actividad de repaso del segundo bimestre



### Semana 16

#### Actividades finales del bimestre

**Unidades: 4. Evaluación psicológica, 5. Intervención psicológica: promoción y prevención**

En esta semana, es necesario continuar con el estudio de los contenidos abordados en el segundo bimestre que le permite prepararse para rendir la evaluación presencial, puede obtener retroalimentación de su tutor (a) mediante el chat de tutoría y consultas y los anuncios académicos.



#### Actividades de aprendizaje recomendadas

**Actividad 1:** revise nuevamente las dos unidades del segundo bimestre como preparación para la evaluación presencial.

**Actividad 2:** profundice las dos unidades de la guía didáctica contempladas en el segundo bimestre.

#### Estrategias de trabajo

- Analice y refuerce las ideas resaltadas como importantes, tanto en la guía didáctica, unidades: 4 y 5; así como en sus anotaciones personales.





## 4. Solucionario

### Autoevaluación 1

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	a	En el ejemplo, la tarea que llevará a cabo el psicólogo clínico es de evaluación, en la que recoge información referente a la conducta, funcionamiento cognitivo, mediante la admiración y la interpretación de pruebas psicológicas. Utilizando entrevistas clínicas estructuradas, observación del comportamiento y análisis del ambiente en el que funciona el cliente.
2	b	En el ejemplo, la tarea que llevará a cabo el psicólogo clínico es de tratamiento.
3	b	El principal aporte de Alfred Binet fue el desarrollo de la primera escala de inteligencia.
4	b	El psicólogo clínico y el psiquiatra tienen el mismo objeto de estudio, esto es, los trastornos psicológicos o mentales.
5	a	La psicología forense, entre otros aspectos, aplica la psicología a la investigación criminal y a la evaluación de los posibles delincuentes.
6	b	A Lightner Witmer se le considera como el fundador de la psicología clínica, porque fundó la primera clínica psicológica dedicada al tratamiento de niños con problemas de aprendizaje.
7	c	Los psiquiatras son profesionales de la salud mental, que tienen como objetivo los trastornos psicológicos o mentales, así como la facultad de prescribir medicamentos psicotrópicos para el tratamiento de patologías.
8	b	La psicología clínica y de la salud aplica principios, técnicas y conocimientos científicos para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir los trastornos mentales u otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad en los distintos contextos.
9	a	El psicólogo clínico utiliza sus conocimientos, habilidades, técnicas e instrumentos proporcionados por la Psicología y ciencias afines a los trastornos y a cualquier comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad; con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir trastornos.

**Pregunta    Respuesta    Retroalimentación**

10

c

Gracias a la tarea de investigación se ha logrado determinar la eficacia de ciertos tratamientos psicológicos, como es el caso la terapia cognitiva, que es un tratamiento eficaz en el abordaje del trastorno de pánico.

[Ir a la autoevaluación](#)



## Autoevaluación 2

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	c	La investigación en la psicología clínica brinda a los psicólogos clínicos una base de conocimientos para entender, entre otros aspectos, la psicopatología, la salud mental y la relación entre factores psicológicos y enfermedad física.
2	a	En el proceso de investigación en psicología clínica, en la fase de selección de un diseño de investigación, se decide cuál es la mejor manera de proceder, para recoger datos que le permitan solucionar un problema de investigación planteado en un estudio.
3	b	La investigación correlacional busca determinar o evaluar la relación existente entre dos o más conceptos, categorías o variables.
4	b	La investigación experimental realiza experimentos controlados para evaluar, por ejemplo: la efectividad de una intervención, prevenir o tratar un problema.
5	a	La investigación epidemiológica determina la prevalencia, incidencia (tasa de nuevos casos), ocurrencia y distribución de un trastorno en una población dada.
6	b	Una de las características del caso único, es que centra su estudio en casos individuales de manera controlada.
7	b	Dentro del proceso de investigación en psicología clínica, en la fase de selección de la muestra se selecciona a los participantes de un estudio.
8	c	El paso de la investigación que inicia con una pregunta, la que requiere una respuesta se denomina generación de hipótesis.
9	a	La investigación descriptiva permite informar sobre la prevalencia o incidencia de una característica humana o un problema en la población.
10	a-c	Según investigaciones, la terapia cognitiva y de control de pánico son tratamientos eficaces en el abordaje del trastorno de pánico.

[Ir a la autoevaluación](#)

### Autoevaluación 3

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	b	De las dos clasificaciones de los trastornos mentales, la más difundida en la actualidad a nivel mundial es el DSM- 5.
2	c-d	Para Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2014), los cambios más significativos en el DSM-5 a nivel estructural y organizativo son: la eliminación del sistema multiaxial y la reorganización de los capítulos.
3	b	El DSM-IV-TR contiene cinco ejes de clasificación multiaxial: Eje I. Trastornos o síndromes clínicos. Eje II. Trastornos de la personalidad. Eje III. Condiciones médicas generales. Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales. Eje V. Escala de evaluación global del funcionamiento.
4	c	En el trastorno de personalidad antisocial, el DSM-5, se encuentra en la categoría de trastornos del control de los impulsos, disruptivos y de conducta.
5	b	El CIE-10 fue publicado por la OMS (1992) y abarca 22 capítulos, de los cuales, el quinto está destinado a los trastornos mentales y del comportamiento.
6	b	Uno de los costos de clasificar las psicopatologías, es la tendencia de los profesionales de la salud mental a desarrollar estereotipos basados en suposiciones acerca de la naturaleza de las categorías dentro de un sistema de clasificación.
7	a	Uno de los beneficios de clasificar la psicopatología, es que permite a los profesionales comunicarse entre sí de una manera informada, lo que facilita una mejor comprensión y tratamiento de los problemas.
8	a	Para los psiquiatras y psicólogos, la utilidad de un diagnóstico de trastorno mental radica en determinar el pronóstico, los planes de tratamiento y los posibles resultados del tratamiento en sus pacientes.
9	c	La última edición del DSM es el DSM-5
10	b	Los sistemas actuales de diagnóstico, CIE-10 y DSM-5, son descendientes directos de los trabajos de Email Kraepelin.

[Ir a la autoevaluación](#)

## Autoevaluación 4

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	a	El psicodiagnóstico es un proceso que tiene como objetivo la comprensión y descripción de los procesos psicológicos de la persona evaluada; el psicólogo clínico utiliza diversos procedimientos, instrumentos y técnicas.
2	a	La entrevista clínica es muy importante en la evaluación en psicología clínica, constituye un paso fundamental en el proceso de obtener información, elaborar diagnósticos y construir rapport con el cliente..
3	b	El WISC-V es un instrumento clínico de aplicación individual, que evalúa la inteligencia en niños de 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses.
4	b	La escala WPPSI –IV está diseñada para evaluar la inteligencia de los niños de 2 años y 6 meses a 7 años y 7 meses. Consta de quince pruebas.
5	c	La prueba de apercepción temática se caracteriza por presentar estímulos no estructurados y requiere respuestas verbales complejas y organizadas. Le muestra al individuo una serie de dibujos y se le pide que cree una historia acerca de cada imagen.
6	c	En el ejemplo y por los aspectos referidos, la técnica proyectiva se denomina dibujo de la figura humana.
7	b	La entrevista conductual es utilizada por el psicólogo clínico para obtener información que le ayude a formular un análisis funcional de la conducta; los pasos a seguir con el fin de solucionar un problema son: identificación del problema, análisis del problema, planeación de la evaluación y evaluación del tratamiento.
8	a	En la evaluación de la personalidad se utilizan básicamente cuatro instrumentos: la entrevista personal, la observación directa del comportamiento, los test objetivos y los test proyectivos.
9	c	La observación conductual le permite al psicólogo documentar la frecuencia e intensidad de conductas específicas, así como de las variables contextuales que provocan y mantienen la conducta.
10	a	En la evaluación de la personalidad, la confiabilidad hace referencia a que las pruebas deben tener consistencia a través de mediciones repetidas.

[Ir a la autoevaluación](#)

## Autoevaluación 5

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	c	En el ejemplo y por los aspectos referidos, la intervención es de tipo primaria.
2	b	La intervención terciaria está dirigida a prevenir recaídas en un problema ya tratado, o evitar complicaciones posteriores de problemas crónicos, o mejorar la calidad de vida de las personas que los padecen.
3	a	La salud mental positiva incluye el desarrollo de habilidades y recursos para: protegerse del estrés y la adversidad, involucrarse en actividades significativas para generar un sentido de dominio y competencia individual.
4	b	Los programas de promoción de la salud enseñan a manejar el estrés, a hacer ejercicios, a comer de manera saludable y habilidades de competencia social; están dirigidos a poblaciones amplias, su finalidad es incrementar la salud y el bienestar.
5	b	En el ejemplo y por los aspectos referidos, el principio ético es el de consentimiento informado.
6	a	En la terapia psicoanalítica, el clínico tiene como meta resolver conflictos inconscientes de un paciente.
7	b	En la terapia existencial, el psicólogo clínico tiene como meta ayudar a su cliente a que encuentre un significado a la vida.
8	c	En el enfoque sistémico familiar, la técnica de las preguntas cumple varias funciones como: evaluar el problema, crear la relación terapéutica, preparar y elaborar el cambio.
9	a	En el enfoque sistémico familiar, en la técnica de prescripción paradójica, el terapeuta permite que el síntoma se desarrolle en una determinada situación o lapso de tiempo, en lugar de evitarlo.
10	b	La terapia integrativa se caracteriza por reconocer a la persona de forma total, esto es, en los niveles de funcionamiento afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico, así como en el ámbito espiritual.

[Ir a la autoevaluación](#)



## 5. Referencias bibliográficas

Arias, M. (2014). De la Psicología clínica: su historia definición y conceptos. *Revista electrónica Psiconex*, 6(9), 4-20.

American Psychological Association (1992). Los principios éticos en la evaluación psicológica.

Amorós, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12(2), 363-369. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80512213>

Bados, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/4963>

Bernstein, D. y Nietzel, M. (1982). Introducción a la psicología clínica. Madrid: Mc.Graw Hill.

Butcher, J., Graham, J., Ben-Porath, Y., Tellegen, A., Dahlstrom, y Kaemmer, B. (2019). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (4<sup>a</sup> Ed.) (Ávila-Espada, A y Jiménez-Gómez, F. adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.

Camacho, M. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Casas, M. (2014). Psicología clínica: revisión contextual y conceptual. *Revista electrónica Psiconex*, 6(9), 4-20.

Carver, C. y Scheier, M. (2014). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación (7<sup>a</sup> edición).

Consejo General de Psicología de España. Evaluación de test editados en España. Recuperado de: [https://www.cop.es/index.php?  
page=evaluacion-tests-editados-en-espana](https://www.cop.es/index.php?page=evaluacion-tests-editados-en-espana)

Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad*. México: Pearson Educación.

Compas, B. y Gotlib, E. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica: Ciencia y práctica*. Madrid: Mc.Graw Hill.

Colegio Oficial de Psicólogos (1998). Perfiles profesionales del psicólogo. Papeles del Psicólogo, 24(85), 1-10.

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en educación médica, 2(7), 162-167. Recuperado en 28 de diciembre de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?  
script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es).

Díaz, I. (1998). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. Editorial: Pax. México Escudero, C., Ibáñez, M., Larraz, G., Pascual, P., Penedo, C. y Viña, P. (2003). Competencias legales de los psicólogos clínicos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (85), 153-168. Recuperado de [http://www.redalyc.org/articulo.oa?  
id=265019668010](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019668010)

Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. Terapia psicológica, 32(1), 65-74. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/  
scielo.php?script=sciarttext&pid=S0718-48082014000100007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0718-48082014000100007)

Espinal, I. Gimeno, A. González, F. (2006). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*. Revista internacional de sistemas, ISSN 0214-6533, Nº. 14, 2004-2006, págs. 21-34. Idioma: español.

Erskine, R., Trautmann, R. (1996). *Métodos de una Psicoterapia Integrativa*. Revista Transactional Analysis Journal, 26(4), 316- 328

Fernández, R. (1981). *Introducción a la evaluación psicológica*, Vol. I y II  
Madrid: Ed. Pirámide

Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA). (2003).

*Psicología clínica y psiquiatría. Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10.  
Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808501>

Frances, A. (2002). *DSM-IV-TR. Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial*. 1a Ed. España: Masson.

García, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V., y Oblitas, L. (2008).  
*Panorama de la psicología clínica y de la salud. Revista CES Psicología*, 1(1), 70-93.

González, H. (2008). *Un paseo por la historia de la psicología clínica y de la salud: entrevista a Helio Carpintero. Clínica y Salud*, 19(1), 121-129. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000100006&lng=es&tlang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100006&lng=es&tlang=es).

Keawe'aimoku, J., Bello, I., Nacapoy, A. y Haynes, S. (2013) *Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. Revista Scielo. Clínica y la salud*, (24), 117-127. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742013000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000200007)

López, R. (2013). *Desarrollo de la especialidad en Psicología clínica en Costa Rica: Perspectivas futuras. Revista costarricense de psicología*, 32(1), 43-60.

Marín, T. (2019). *Guía didáctica de Psicología de la personalidad*. Loja-Ecuador: Ediloja.

Montaño, M., Palacios, J. y Gantiva, C. *Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición*. Psychologia. Avances de la disciplina, 3(2), 81-107. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531007>

Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidos.

Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herdez. Recuperado de [Academia.edu.\\_Enfoques\\_en\\_TerapiaFamiliar\\_Sistémica.\\_Inmaculada\\_Ochoa\\_Familiar\\_Sistémica.\\_Inmaculada\\_Ochoa](https://Academia.edu._Enfoques_en_TerapiaFamiliar_Sistémica._Inmaculada_Ochoa_Familiar_Sistémica._Inmaculada_Ochoa)

Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Colombia: Norma S.A.

Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. México: Manual moderno. Recuperado de <https://booksmedicos.org/psicologia-clinica-pedro-sanchez-escobedo/>

Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. 11a ed. México: Pearson Educación.

Sue, D., Wing, S. y Sue, S., (2014). *Psicopatología, comprendiendo la conducta anormal*. 9a ed. México: Cengage.

Tirapu, J. (2007). *La evaluación neuropsicológica*. Psychosocial Intervention, 16(2), 189-211. Recuperado en 14 de marzo de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592007000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000200005)

Tortella-Feliu, M., Baños, R., Barrantes, N., Botella, C., Fernández- Aranda, F., García-Campayo, J., García-Palacios, A., Hervás, G., Jiménez- Murcia, S., Montorio, I., Soler, J., Quero, S., Valiente, M. Carmen y Vázquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud

mental. Clínica y Salud, 27(1), 37-43. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742016000100006&script=sci\\_arttext&tlang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742016000100006&script=sci_arttext&tlang=pt)

Universidad Católica - Luis Amigo. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. Laboratorio de Psicología (S/F). Fichas técnicas, Pruebas y equipos de Psicología, Bogotá- Colombia.

Vivanco, M. y Marín, T. (2016). *Guía didáctica de Introducción a la psicología clínica*. Loja-Ecuador: Ediloja.



---

## 6. Anexos

---

## **Actividades recomendadas semana 4**

### **2. Complete el cuadro comparativo de los diseños de investigación en psicología**

#### **Estrategias de trabajo:**

- Para completar el cuadro comparativo utilice el fundamento teórico que ha estudiado en la unidad 2. Métodos de investigación en la psicología clínica.
- Revise la Infografía denominada: “Principales diseños de investigación en psicología clínica”
- Realice una consulta bibliográfica en la Web que le permita complementar los contenidos del texto guía.
- Finalmente reproduzca y complete el cuadro comparativo de la actividad dos.

Diseño de investigación	Objetivo	Procedimiento	Limitaciones
Descriptivo			
Correlacional			
Experimental			
Caso único			



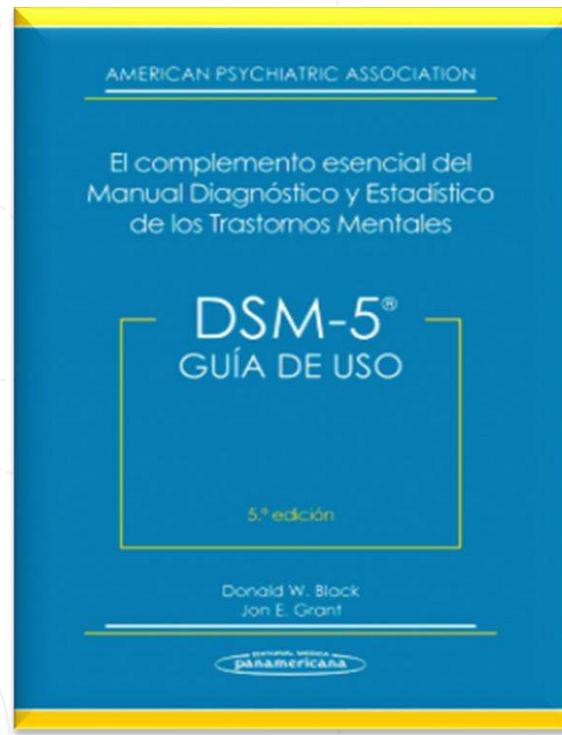
# Aspectos a considerar para el diagnóstico en base al DSM-5

## Psicología clínica

Mgtr. Teresita Marín Mora  
Docente autora UTPL



# ¿Cómo establecer el diagnóstico de un caso de trastorno mental, en base al DSM-5?





# ¿Cómo establecer el diagnóstico de un caso de trastorno mental?

Para realizar un diagnóstico adecuado es necesario considerar los siguientes aspectos:

- Utilización apropiada del DSM-5.
- La formulación del caso.
- Los elementos de un diagnóstico: Criterios diagnósticos y elementos descriptivos, diagnóstico principal, diagnóstico provisional, diagnóstico diferencial y diagnóstico definitivo





## Utilización apropiada del DSM5:

El objetivo principal de este manual es ayudar a profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales de los consultantes, como parte de la valoración de un caso que permita:

Elaborar un plan de tratamiento perfectamente documentado para cada individuo.

## La formulación del caso:

De cualquier paciente debe incluir una historia clínica pormenorizada y un resumen detallado de los factores sociales, psicológicos y biológicos que pueden haber contribuido a la aparición de un trastorno mental concreto. Es decir, para establecer un diagnóstico de trastorno mental no basta con comprobar la presencia de los síntomas citados en los criterios de diagnóstico.



# ¿Cuáles son los elementos de un diagnóstico?



# Elementos de un diagnóstico



## Criterios diagnósticos y elementos descriptivos:

- Los criterios diagnósticos se plantean como directrices para establecer un diagnóstico, su utilización debe estar presidida por el juicio clínico.
- Una vez hecha la evaluación de los criterios diagnósticos, será el psicólogo quien decida sobre la aplicación de los subtipos y/o especificadores del trastorno que considere apropiados. Los especificadores que se refieren al curso (es decir, en remisión parcial, en remisión total y/o gravedad).

**¿A qué hace referencia el diagnóstico principal, provisional, diferencial y definitivo?**





# ¿Qué es el diagnóstico principal?

- Cuando un paciente hospitalizado recibe más de un diagnóstico, el diagnóstico principal es la afección que se establece como causa fundamental del ingreso del paciente.
- El diagnóstico principal debe citarse en primer lugar y el resto de trastornos son citados por orden de necesidad de atención y tratamiento.
- Cuando el diagnóstico principal o motivo de la visita es un trastorno mental debido a una afección médica. Por ejemplo trastorno neurocognitivo mayor debido a una enfermedad de Alzheimer, trastorno psicótico debido a un cáncer de pulmón.

# ¿A qué hace referencia diagnóstico provisional?

El especificador “**provisional**” se puede utilizar cuando:

- Existe una fundada suposición de que al final se cumplirán todos los criterios de un trastorno, pero en el momento de establecer el diagnóstico no existe información suficiente para considerarlo definitivo. Por ejemplo, este diagnóstico se puede utilizar cuando individuo que parece sufrir un trastorno depresivo mayor no es capaz de dar información adecuada para la anamnesis y por lo tanto, no se puede confirmar que cumpla todos los criterios.
- En situaciones en que el diagnóstico diferencial depende exclusivamente de la duración de la enfermedad. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme requiere una duración superior a 1 mes e inferior a 6 meses; y por eso sólo se puede aplicar provisionalmente mientras no se ha alcanzado la remisión.

# ¿Cuándo utilizar un diagnóstico diferencial?

- Es utilizado para diferenciar un trastorno de otro, los mismos que comparten signos y síntomas y puede llevar a confusión al profesional que hace la evaluación y el análisis de los resultados.
- Es muy utilizado en clínica por personal de la salud, ya sea estos médicos o psiquiatras que piden al psicólogo en interconsulta, descartar si se trata de un trastorno psicológico o psiquiátrico, o si los síntomas pertenecen a un trastorno de personalidad o a una crisis, para poder tomar una decisión sobre la entidad psicológica que se presenta y si es necesario el internamiento o recomendar tal o cual tratamiento o intervención.
- También puede ser usado por peritos en cuestiones judiciales para aclarar al juez sobre el trastorno y la inimputabilidad del acusado.

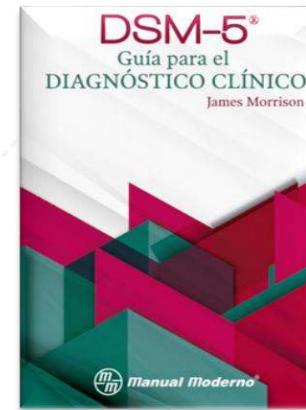
# ¿Cuándo utilizar un diagnóstico diferencial?

Para hacer un diagnóstico diferencial se necesita que el profesional tenga experiencia y mucho conocimiento sobre las entidades psicológicas, sus síntomas y signos, la forma de aparición, frecuencia, intensidad y duración, así como la edad y circunstancia de su aparición, también como esos síntomas y signos se expresan en conducta, emoción o procesos cognitivos.

Muchos síntomas en psicología clínica no son patognomónicos; es decir, no pertenecen a un solo trastorno, por el contrario, hay muchos trastornos que comparten la forma de aparición, frecuencia e intensidad de los síntomas, que hace necesario que se haga uso de este instrumento para poder tomar la decisión correcta.



# Para ilustrar Caso Marlene





Una rubia imponente (1.70 m de altura), Marlene pesaba sólo poco más de 36 kg. el día que ingresó al hospital. Vestida con unos pants y calentadores, invirtió parte de la entrevista inicial haciendo sentadillas. La información de sus antecedentes también fue provista por su hermana mayor, quien la acompañó al hospital.

Marlene creció en un pueblo pequeño en el sur de Illinois. Su padre, que se dedicaba a la perforación de pozos, tenía un problema con la bebida. Su madre, con sobrepeso intenso, había comenzado muchas dietas rápidas, pero nunca había tenido gran éxito con alguna de ellas. Una de las primeras memorias de Marlene era su propia resolución de nunca ser como alguno de sus progenitores.

Las inquietudes de su grupo social de primero de preparatoria giraban en torno al aspecto, la ropa y la dieta. Tan sólo ese año, Marlene había perdido 7.5 kilos a partir del peso más alto que alguna vez hubiera alcanzado, que era de 57 kg; incluso entonces se quejaba con sus amigas de que estaba demasiado gorda. Durante toda la preparatoria sintió fascinación por los alimentos. Cursó las materias Introducción a la economía del hogar y Economía del hogar avanzada. Invirtió gran parte de su tiempo de la clase de Ciencias de la computación diseñando una base de datos que pudiera contar las calorías de cualquier receta.

## Caso Marlene, continua

Siempre que se le permitía hacerlo, Marlene comía en su habitación mientras miraba la televisión. Si se veía forzada a comer con la familia, pasaba gran parte del tiempo reacomodando los alimentos en su plato, o triturándolos con un tenedor e ingiriendo los pedazos más pequeños que no caían entre sus dientes. “No es como si no tuviera hambre”, dijo durante su entrevista de ingreso. “Pienso en la comida casi todo el tiempo. Pero me veo tan distendida y desagradable—no soporto verme en el espejo. Si como tan sólo un poco más de lo debido, me siento tan llena y culpable que tengo que devolverlo”.

Dos años antes, Marlene había comenzado a vomitar cada vez que pensaba que había comido demasiado. Al inicio se metía el dedo o el extremo de un lápiz en la garganta; en alguna ocasión intentó con el jarabe de ipecacuana, que encontró en el botiquín de medicamentos en la casa de una amiga. Pronto aprendió a vomitar a voluntad, sin requerir auxiliares químicos o mecánicos. También redujo su peso con diuréticos y laxantes. Los diuréticos le ayudaban a deshacerse de 500 gr o 1 kg, pero la dejaban tan sedienta que pronto recuperaba el peso. Una o dos veces por semana se daba un atracón de alimentos ricos en carbohidratos (prefería los totopos de maíz y los refrescos de cola), y luego vomitaba lo que había consumido.

Excepto por su delgadez y palidez excepcionales, la segunda de las cuales se atribuyó después a la anemia, el aspecto de Marlene en el momento del ingreso era normal. Dejó de ejercitarse cuando el médico se lo solicitó, pero preguntó si el hospital tendría alguna escaladora que ella pudiera utilizar después. Su estado de ánimo era alegre, y su flujo de pensamiento, lógico. No presentaba ideas delirantes o alucinaciones, no obstante, admitía que se sentía aterrorizada por la posibilidad de subir de peso. Sin embargo, negaba tener alguna otra fobia, obsesión o compulsión; nunca había presentado un ataque de pánico. La mayor parte de sus comentarios espontáneos eran relativos a la planeación del menú y la cocina; indicó de manera voluntaria que pudiera desear convertirse en dietista. Se le miraba brillante y atenta, y logró una calificación perfecta en el Mini-Mental State Exam (MMSE).

La única inquietud médica de Marlene era que no había presentado sangrado menstrual durante cinco o seis meses. Sabía que no estaba embarazada porque no había tenido ni siquiera una cita durante todo un año. “Creo que sería más atractiva si tan sólo pudiera perder otro kilo más”, dijo. (Morrison, 2015)



# Evaluación del caso Marlene

Análisis

## Evaluación de Marlene:

A pesar del hecho de que presentaba una deficiencia marcada del peso respecto de su talla (**criterio A**), Marlene seguía expresando una inquietud inapropiada relativa a la ganancia ponderal (**Criterio B**). Su malestar ante su propia imagen en el espejo sugiere la visión distorsionada que tienen los pacientes con Anorexia nervios (AN) sobre sí mismos (**Criterio C**). Su pérdida ponderal era suficiente para que ella no hubiera presentado un periodo menstrual durante varios meses. Si bien no todos los pacientes toman medidas activas para evitar la ganancia ponderal (algunos tan sólo restringen el consumo), el vómito y el uso de diuréticos y laxantes de Marlene son característicos de la AN.

### ¡Para tener presente:

- La pérdida del apetito y el peso se identifican con frecuencia en distintas enfermedades médicas (hepatopatía, infecciones graves y cáncer, por mencionar unas cuantas); deben descartarse por medio de una historia clínica apropiada y estudios de laboratorio y gabinete. Debido a que los síntomas de la AN son tan peculiares, rara vez se les confunde con otros trastornos mentales.



## Evaluación de Marlene-continúa:

- La pérdida del peso y la anorexia pueden identificarse en el trastorno de **síntomas somáticos**, pero para establecer ese diagnóstico, un paciente debe mostrar inquietud excesiva en torno a los síntomas—y la actitud de Marlene parecía la antítesis de la misma.
- Los individuos con **esquizofrenia** en ocasiones muestran hábitos de consumo singulares, pero a menos que desarrollen una deficiencia peligrosa del peso y muestren una distorsión típica de la autoimagen, no deben establecerse los dos diagnósticos. Las huelgas de hambre suelen ser breves y ocurren en el contexto de la búsqueda de influencia sobre otros para obtener beneficios personales o políticos.
- Los pacientes con **Bulimia Nerviosa (BN)** por lo general mantienen un peso corporal en nivel aceptable.



## Evaluación de Marlene-continúa:

- A pesar del hecho de que Marlene comía en atracos y se purgaba, ni la **bulimia nerviosa ni el trastorno de atracos** deben diagnosticarse cuando las dos conductas tan sólo ocurren mientras se padece AN. Sin embargo, algunos enfermos que al inicio cursan con AN desarrollan más adelante bulimia. La bulimia nerviosa también puede diagnosticarse si existe el antecedente de ciclos de atracón/purga durante los períodos en que el individuo no cumple los criterios para la AN. Varios trastornos mentales se relacionan con frecuencia con la AN.
- El trastorno depresivo mayor podría diagnosticarse si Marlene tuviera síntomas de trastorno del estado de ánimo.

## Evaluación de Marlene-continúa

- El trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno obsesivo compulsivo y el consumo de sustancias también pueden dificultar el diagnóstico y el tratamiento. Los individuos con AN también pueden temer el consumo de alimentos en público, no obstante, no se establecería el diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad social si los síntomas de ansiedad sólo se limitaran a las conductas para la alimentación.
- No se han identificado trastornos de la personalidad específicos, pero se refiere que los pacientes con AN son un tanto rígidos y perfeccionistas. El antecedente de Marlene de ciclos atracción/purga correspondería con el especificador del tipo de atracones/purgas, que se agrega a su codificación.

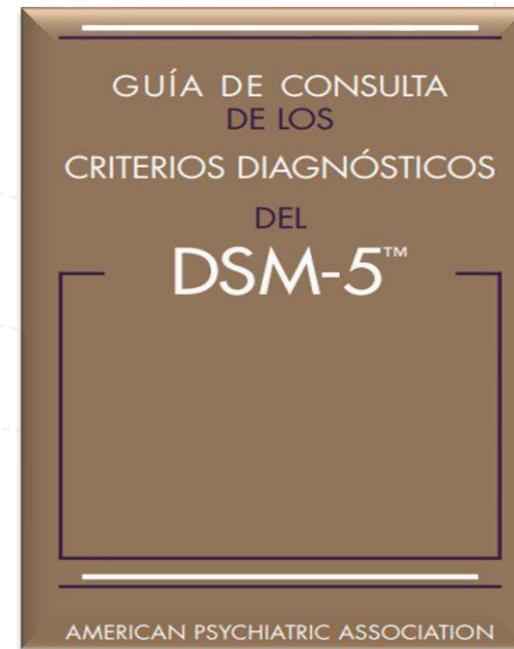
El diagnóstico completo sería el siguiente:

- **F50.02 [307.1] Anorexia nerviosa, tipo de atracos/purgas**
- **E44.0 [263.0] Desnutrición, moderada**



¡Para tener presente!

## Criterios diagnósticos del DSM-5, para la Anorexia Nerviosa





## Anorexia nerviosa

- A. **Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades**, que conduce a **un peso corporal significativamente bajo** con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. **Peso significativamente bajo** se define como un peso que es **inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado**.
- B. **Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo**.
- C. **Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual**.

**Nota de codificación:** El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es **307.1**, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).

**Especificar si:**

**(F50.01) Tipo restrictivo:** Durante los últimos tres meses, **el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracciones o purgas** (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este **subtipo** describe presenta-



ciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

**(F50.02) Tipo con atracos/purgas:** Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracos o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

**Especificar si:**

**En remisión parcial:** Despues de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

**En remisión total:** Despues de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

**Especificar la gravedad actual:**

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

**Leve:** IMC  $\geq 17 \text{ kg/m}^2$

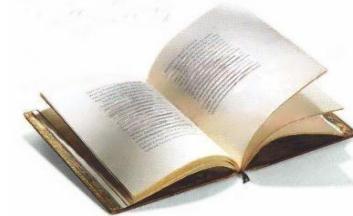
**Moderado:** IMC 16–16,99  $\text{kg/m}^2$

**Grave:** IMC 15–15,99  $\text{kg/m}^2$

**Extremo:** IMC  $< 15 \text{ kg/m}^2$



## Referencias bibliográficas



Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Marín, T. (2021). Guía didáctica de Psicología clínica. Ediloja

Morrison, J. (2015). DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. Manual Moderno.

# **Psicoterapia: Enfoques humanista, existencial y experiencial**



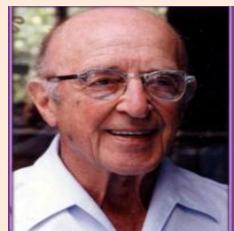
Mgtr. Teresita Marín Mora  
Docente UTPL

# Aspectos claves

## *Psicoterapia humanista*

### *Carl Rogers - Psicoterapia centrada en la persona:*

El paciente, más que el terapeuta, es el experto, pues conoce su propia experiencia, la naturaleza del problema e incluso las mejores maneras de resolverlo.



## *Psicoterapia existencial:*

Resalta el potencial humano para el libre albedrío, así como las limitaciones humanas y las dimensiones problemáticas y trágicas de la existencia.

# **Teoría del yo (*self*) de Rogers**

## **Principales fundamentos teóricos**

- Autoconcepto (concepción que el individuo tiene de sí mismo).
- Autoestima (autoevaluación afectiva).
- Yo verdadero (aspectos del yo que están incluidos en la conciencia).
- Yo ideal (lo que los otros esperan de la persona en lugar de lo que ella quiere de sí misma).
- Los bloqueos del crecimiento positivo: son el resultado de las interacciones con otras personas que alejan a los individuos de su propia experiencia.
- La psicopatología ocurre cuando los individuos tratan de vivir su vida de acuerdo a las metas y valores que otras personas mantienen para ellos, en lugar de seguir sus propios motivos y metas. El resultado es una discrepancia entre el yo verdadero y el yo ideal.

# Teoría existencial

## Principales fundamentos teóricos

- La meta no es abordar síntomas, aunque los síntomas de malestar pueden aliviarse como consecuencia de ayudar al individuo a reconocer y negociar las tareas de la vida.
- La identidad personal y la dirección de la vida se refleja en el Sistema de constructos del yo y el mundo. (SAWC; Kelly, 1995, citado por Compas y Gotlib, 2003)
- Concepto de destino, es central e incluye factores: cósmicos de nacimiento y muerte, genéticos de raza, género y talentos innatos, culturales de sociedad y familia, así como circunstanciales.
- Los problemas psicológicos se desarrollan cuando el SAWC no es funcional.



# Metas comunes de la terapia

## Humanista y existencial

- Facilitar mayor introspección (insight) y autocomprendión en el cliente con el fin de producir el cambio de personalidad.
- Destacan que el cliente debe establecer las metas concretas para la psicoterapia.
- Ofrecer apoyo y empatía para ayudar a los clientes a explorar la verdadera naturaleza y significado de sus conductas, emociones y relaciones con los demás
- Facilitar el movimiento del cliente hacia una realidad del yo cada vez mayor.

# Capacitación en psicoterapia humanista-existencial

- Enseñar un conjunto de habilidades mediante una secuencia de instrucción, práctica y retroalimentación proporcionada al estudiante terapeuta.
- Observación de demostraciones en vivo o videograbadas de terapeutas experimentados.
- Experiencias de interpretación de papeles para practicar las habilidades interpersonales y las destrezas de comunicación.
- Experiencias supervisadas de trabajo con los clientes.
- Enseñar las habilidades básicas de escucha y comunicación que forman la base de la aproximación centrada en la persona.
- Uso de preguntas.
- Parafraseo.
- Reflejo de los sentimientos expresados por los clientes.
- Apoyar a los clientes para que exploren sus valores y creencias.
- Ayudarlos a entender el significado de sus emociones y experiencias.

# Psicoterapia centrada en el cliente

## Aspectos claves

Condiciones centrales de Roger:

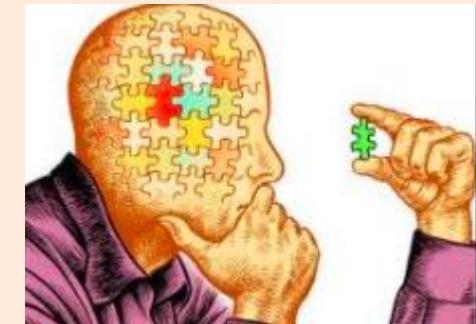


1. Contacto psicológico entre cliente y terapeuta.
2. El cliente está en un estado de incongruencia psicológica o emocional.
3. El terapeuta es congruente, integrado o genuino en la relación.
4. El terapeuta experimenta consideración positiva incondicional hacia el cliente.
5. El terapeuta adquiere una comprensión empática de la experiencia interna del cliente y se esfuerza por comunicarle esta comprensión.
6. Debe lograrse, al menos de manera mínima, la comunicación al cliente de la comprensión empática y la consideración positiva incondicional del terapeuta.

# **Psicoterapia existencial**

## **Aspectos claves**

- El terapeuta ayuda a los clientes a incrementar su conciencia, de las formas en que piensan y experimentan el yo y el mundo.
- Alienta a los clientes a mirar con profundidad en su propia experiencia.
- Alienta a los clientes a expresar sus emociones, metas y temores.
- Motiva a los clientes a ser cada vez más abiertos a su propia experiencia.
- Induce a los clientes a modificar los aspectos autoderrotistas de su sistema de constructos del yo y del mundo.



# **Enfoques contemporáneos: Psicoterapia de proceso experiencial**

## **Modelo fenomenológico:**

- El cliente tiene acceso privilegiado a la información acerca de sus experiencias emocionales y personales, por lo que son expertos acerca de su propia experiencia.
- Sostiene la existencia de barreras para el funcionamiento psicológico sano:
  - a) Dificultades para encontrar palabras o imágenes que representen la experiencia propia.
  - b) Esquemas de emoción disfuncionales que afectan el modo en que el individuo interpreta sus experiencias.

# Psicoterapia de proceso experiencial

## Técnicas

**Factores concernientes al vínculo entre *el cliente* y *el terapeuta*.**

***Principios básicos de la relación cliente-terapeuta:***

- Armonía empática
- Vínculo terapéutico
- Colaboración en la tarea

**Factores que implican la simplificación de las tareas centrales de la terapia:**

- Procesamiento experiencial
- Facilitar la conciencia del cliente sobre su propia experiencia

# Aplicación a problemas y trastornos específicos

- Rogers argumentaba en contra de la necesidad de tratamientos específicos para problemas o diagnósticos determinados.
- No creía necesario que el terapeuta tuviera un diagnóstico preciso del cliente para conducir la psicoterapia.

En contraste a la posición de Roger, estudios sostienen que:

El modelo de proceso experiencial examina el desarrollo y adaptación de diferentes tipos de terapia para diferentes clases de clientes, pudiéndose aplicar en trastornos como:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Trastornos de personalidad.
- Problemas médicos.
- Apropiada para uso en clínica de pacientes externos o en la práctica privada con clientes con síntomas de leves a moderados.

# Bibliografía

Compas, B. y Gotlib, E. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica: Ciencia y práctica.* Madrid: Mc.Graw Hill.

Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada.* 11a ed. México: Pearson Educación.

# Psicoterapia: enfoques psicoanalítico y psicodinámico

Mgtr. Teresita Marín  
Docente UTPL

# Psicoanálisis Freudiano

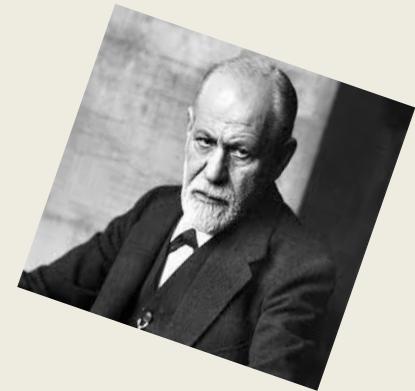


- Metas
- Métodos
- Derivaciones

# Psicoanálisis Freudiano

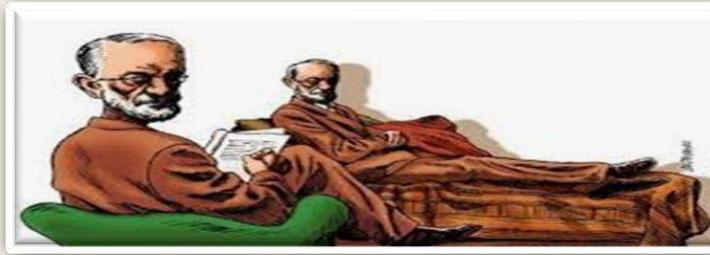
## Metas del psicoanálisis:

- Ayudar a los pacientes a lograr insight o capacidad de introspección sobre las fuentes y orígenes de sus problemas.
- Ayudar al individuo a ser consciente del material y la información inconsciente para llevarlos al nivel de la conciencia.



# Psicoanálisis freudiano

## Métodos



- Hipnosis
- Asociación libre
- Análisis de los sueños  
(Contenido manifiesto y contenido latente)
- Resistencia
- Transferencia y la relación terapeuta-paciente
- Catarsis
- Interpretación y elaboración

# Psicoanálisis freudiano

## Métodos

- **Asociación libre:** el paciente dice en voz alta todo lo que se le pasa por la mente, sin censura alguna (recuerdos, pensamientos o sensaciones). La función del analista es tratar de dar sentido a las secuencias de asociaciones del paciente.
- **Análisis de los sueños:** se analiza, tanto el contenido manifiesto (significado real o superficial del sueño), como el latente (lo que representa simbólicamente).
- **Catarsis:** efecto terapéutico de liberar la emoción cuando lo reprimido se hace consciente
- **Análisis de la resistencia:** visto como un proceso en el que el paciente intenta de forma inconsciente impedir el análisis y evitar la exposición del material reprimido. Se emplea para descubrir e interpretar dicho material.
- **Análisis de la relación de trasferencia:** es primordial en la alianza terapéutica (terapeuta-paciente). El paciente reconstruye conflictos previos al dirigir y situar sobre el terapeuta sentimientos y actitudes que tuvo hacia personas significativas del pasado.

# Derivaciones de la teoría y la terapia psicoanalítica



## Carl Jung

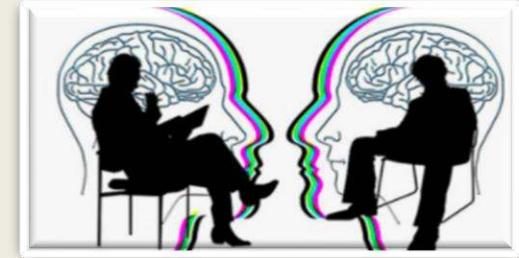
Argumentó que Freud había puesto demasiado énfasis en la sexualidad, sin embargo, coincidía con Freud en la importancia de los determinantes inconscientes de la conducta.

- Inconsciente personal
- Inconsciente colectivo



## Alfred Adler

Discrepaba con Freud en los instintos sexuales y agresivos. Brindó gran importancia a la unidad de cada individuo, reflejando esta ideología, designó a su sistema como: “Psicología individual”



## Teoría psicodinámica contemporánea

Evolucionó a lo largo del siglo XX y dio lugar a terapias con tiempos de aplicación más cortos y con mayor flexibilidad que el psicoanálisis:

- Psicología del yo
- Relaciones objetales
- Terapia dinámica a corto plazo
- Terapia interpersonal

# Teoría psicoanalítica contemporánea

- **Psicología del yo:** Resalta la importancia del yo sobre las funciones del ello y del superyó. Se centra en las dificultades y conflictos actuales, esforzándose por fortalecer el funcionamiento del yo.
- **Relaciones objetales:** Postulaban que la gente se encuentra más motivada por buscar el contacto social y por vincularse con otra persona u “objeto”. Tiene como propósito ayudar a entender las relaciones interpersonales de la niñez, la forma como se repiten en la vida adulta y reconocer las conductas interpersonales problemáticas, usando la relación de trasferencia con el terapeuta.
- **Psicoterapia psicodinámica:** Son más cortas y flexibles en su ejecución, destacan las relaciones interpersonales.
- **Psicoterapia dinámica a corto plazo o de tiempo limitado:** Tienen una base empírica más fuerte que el psicoanálisis. Destacan los patrones de desadaptación cíclica de la conducta de los clientes hacia el sí mismo y hacia los demás.
- **Psicoterapia interpersonal:** Una terapia de corto plazo (usualmente 16 semanas), utilizada exitosamente en el tratamiento de depresión y trastornos alimentarios.

# Aplicación a problemas y trastornos específicos

*Psicoanálisis freudiano clásico:*

- Trastornos de ansiedad
- Trastornos depresivos

*Psicoterapia psicodinámica breve y psicoterapia interpersonal:*

- Trastornos depresivos
- Trastornos alimentarios

# Investigación sobre la psicoterapia psicodinámica e interpersonal

*Investigación de los resultados del tratamiento de la psicoterapia psicodinámica:*

- Parece beneficiar más a los pacientes que tenían mayor fortaleza inicial del yo, definida en parte como la capacidad para tolerar la ansiedad, formar relaciones y controlar los impulsos.

*Investigación de los resultados del tratamiento de la psicoterapia interpersonal:*

- Ha tenido éxito en el tratamiento de pacientes con depresión y en pacientes con problemas alimentarios.
- Es una herramienta terapéutica efectiva para pacientes que no responden a otras formas de tratamiento.

# Investigación sobre la psicoterapia psicodinámica e interpersonal

## *Investigación del proceso de tratamiento:*

- Las características específicas de la alianza terapeuta-paciente se relacionan con efectos más positivos de la terapia.
- La naturaleza y frecuencia de las interpretaciones formuladas por el terapeuta se vinculan con el resultado de la terapia dinámica a corto plazo
- Las interpretaciones centradas en la relación de transferencia y proporcionadas en bajas concentraciones se relacionan con resultados más positivos.
- La forma en que los pacientes piensan y desarrollan representaciones de su relación con el terapeuta se vinculan con los resultados de la terapia.
- Las representaciones más positivas del terapeuta y de la relación terapéutica se asocian con resultados más positivos en la terapia dinámica.

# Bibliografía

Compas, B. y Gotlib, E. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica: Ciencia y práctica.* Madrid: Mc.Graw Hill.

Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada.* 11a ed. México: Pearson Educación.