

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

TEMA 1

PREGUNTAS HAY QUE HACERSE ANTES DE INTERVENIR

- Consecuencias de no intervenir (porque existe problemas en los que es mejor no hacer nada) (PROS-CONTRAS)
- Beneficios que se esperan de la intervención.
- ¿Qué intervención realizar?
- ¿Qué reacciones adversas podemos ocasionar? (efecto dominó).
- ¿Qué capacidad tenemos de poder cumplir los requisitos para trabajar juntos?

¿CÚANTO SE DEBE INTERVENIR?

Lo necesario. Lo menos posible. Solo lo imprescindible. Tampoco quedarse corto.

¿QUÉ ES EL PSICODIAGNÓSTICO?

Psicodiagnóstico = evaluación psicológica

Psique: mente, alma, espíritu.

Diagnóstico: Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos (indicio o señal de algo).

Es el **proceso** por el que, utilizando **distintos medios**, alcanzamos un **conocimiento** de un sujeto que nos permite **descubrir** su personalidad.

Psicodiagnóstico es aquella **disciplina** psicológica que se ocupa del **estudio científico del comportamiento** (a los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto o un grupo de sujetos determinados, en su **interacción recíproca con el ambiente** y con el fin de **descubrir, clasificar, predecir** y, en su caso, **explicar** su comportamiento.

¿PARA QUÉ SIRVE EL PSICODIAGNÓSTICO?

- **Describir** características psicológicas de un sujeto.
- **Predecir** para ver si vale la pena hacer un tratamiento (pronóstico).
- **Explicar.**
- **Medir.**
- **Valorar.**
- **Diagnosticar.**
- **Clasificar.**
- **Evaluar.**

diferencias entre Medición, Evaluación, Diagnóstico y Valoración

- **Medición**

Medimos para obtener datos objetivos (cantidades, dimensiones, magnitudes) aplicando una unidad de

referencia.

La medición es el acto o proceso de determinar la extensión y/o cuantificación de alguna cosa; la evaluación, en cambio, se refiere al acto o proceso de determinar el valor de alguna cosa.

*Medir es el procedimiento para **definir, obtener y ofrecer información útil** y que posibilite el juicio o valoración posterior en que consiste la evaluación. Definición de medición condicionada a la evaluación.*

Medir es comparar una cantidad con su respectiva unidad, con el fin de averiguar cuántas veces la segunda está contenida en la primera.

La medición es:

- Fiable.
- Puntual.
- Objetiva.
- Estructurada.
- No precisa entrenamiento teórico.
- No requiere relación interpersonal profunda.
- Basada en criterios estadísticos.
- Aquí y ahora.
- Cuantitativa.
- Está prefijada.

• **Valoración**

Valoramos esa medición, su repercusión, su relación con el pronóstico, la gravedad, la oportunidad de una u otra intervención y obtener emociones y decisiones (si es conveniente tratar o no, de qué manera, etc.).

Valorar es determinar el valor de una cosa.

Valor es el grado de utilidad o aptitud de las cosas para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar o deleite.

La valoración es:

- Subjetiva.
- Poco fiable.
- Cualitativa.
- Descriptiva.
- Utiliza referentes externos para hacer un balance.
- Se basa en apreciaciones globales.
- Precisa información profesional.
- Suele referirse a gravedad o intensidad.
- Suele vincularse a intensidad del tratamiento y pronóstico.

3. Diagnostico

Diagnosticamos situaciones o procesos en función de patrones preestablecidos y obtenemos etiquetas, rótulos o nombres significativos (aluminosis, anemia, etc.).

Diagnosticar es el arte de reconocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus

síntomas y signos. Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte.

El diagnóstico es:

- Subjetivo.
- Poco fiable.
- Puntual.
- Descriptivo.
- Utiliza referentes externos para categorizar (taxonomías).
- Puede basarse en mediciones.
- Precisa formación profesional.
- Suele vincular etiología, sintomatología, pronóstico y orientación terapéutica.

4. Evaluación

Evaluamos datos globales, situaciones, significados, etc. Lo hacemos en función de criterios referentes externos y obtenemos impresiones, apreciaciones, etc. (resistencia correcta, nº de hematies, etc.).

Evaluar es señalar el valor de una cosa. Estimar, apreciar, calcular el valor de una cosa (Real Academia).

La evaluación es:

- proceso continuo (procesual, funcional, continuista)
- más subjetiva
- cualitativa
- no está prefijada
- menos fiable
- requiere diferentes observaciones
- puede estar sistematizada
- precisa relación interpersonal
- basada en criterios clínicos.

La evaluación es una tarea:

- Procesual: Los fenómenos son variables, evolutivos. El evaluador influye en el/lo evaluado. La información muta con el tiempo.
- Funcional: Todo está condicionado por las continuas interacciones bio-psico-sociales.
- Continuista: Cursa desde el primer contacto con el sujeto hasta la despedida definitiva (¿el alta?)

RESUMEN

- Medimos los signos (fiebre, leucocitos...)
- Evaluamos el conjunto de signos (estado general)
- Diagnosticamos la causa (enfermedad)
- Valoramos su importancia (gravedad)

DIFERENCIAS ENTRE EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICO

EVALUACIÓN	PSICODIAGNÓSTICO
• Orientación más comportamental	• Orientación clínica

• No explica • Metodología objetiva • Valora lo cuantitativo y lo cualitativo • Se relaciona con el tratamiento • Orientado a la modificación de lo anómalo	• Sí explica • Metodología subjetiva • Valora lo cualitativo • No vinculado al tratamiento • Se puede realizar con fines diferentes al cambio de lo anómalo
---	---

Explicación: Es una reducción a un sistema de conocimientos ya existente y que se ajusta al correspondiente fenómeno (Eysenck, 1977).

¿DE QUÉ ASPECTOS DE LA SITUACIÓN NOS INTERESA SACAR INFORMACIÓN?

- Somático (organismo).
- Físico.
- Demográfico.
- Conductual manifiesto.
- Cognitivo o Intelectual.
- Oréctico (conductas emocionales, sensitivas).
- Ambiental.

Lo que varía es la atención que le prestamos más a un aspecto o a otro según el sujeto. Se toma información de todos los aspectos, pero centramos nuestra atención en un aspecto o en otro. En un psicodiagnóstico no podemos analizar un solo elemento aislado.

Cualquier pista vale. No podemos despreciar ninguna información que nos dé el paciente.

HISTORIA DE LA EVALUACIÓN

TEORÍA ANORMALIDAD

(Filosofía y religión) (Medicina)

PSICOLOGÍA

TEST

Existe una relación estrecha entre Test y Psicología porque el psicodiagnóstico (al disponer de instrumentos) le ha dado vivencia a la psicología, porque sin cosas que podamos investigar y medir no podemos hacer ciencia.

Precedentes: Platón, Teofrasto, Hipócrates, Galeno, Huarte de San Juan (S. XVI) conduce al S. XIX.

Periodos en la historia del psicodiagnóstico (Anastasi, 1973).

1er Periodo: **Test Sensomotores**

- **1838.** Esquirol establece niveles mentales según evolución del lenguaje (ve que existe una relación nivel lenguaje – nivel mental).
- **1860.** Pruebas manipulativas para la educación de débiles mentales.
- **1882.** Galton funda en Londres el Laboratorio antropológico (a más neuronas! más grande la cabeza ! más inteligencia)

- **1890.** Cattell introduce la palabra test y trabaja en Columbia (N. York) con muchas pruebas sensomotrices.
- **1899.** Binet demuestra que los test de procesos superiores distinguen mejor la capacidad escolar que los test tipo Galton.

En **Alemania:** Munstenber, Kraepelin, Ebbinghaus, etc.

En **Francia:** Binet, Henry y Toulouse.

CARACTERISTICAS:

- Tests **antropométricos, sensoriales y motores** (organicistas).
- Comprobación de su **ineficacia**.
- Inicio del uso de **tests más complejos**.

2º. Periodo. Escalas de Inteligencia

Binet relaciona **inteligencia** con **edad** y formula la 1ª escala de inteligencia en 1905, corregida en 1908 y 1911 y actualizada en 1916 y 1937 por Terman en Stanford. En España es adaptado por Germain.

CARACTERISTICAS:

- Predominio de la atención a los **procesos cognitivos superiores**.
- Variedad de los elementos, buscando **estimular todas las funciones**.
- **Normas valorativas** referidas a la **edad cronológica**.
- Puntuación global indicativa de la inteligencia general (C. I.)
- Aplicación **individual** de los test.

3er. Periodo. Test Colectivos

– **1914–1918.** 1ª Guerra Mundial: **Yerkes** y cols. (**Terman**) preparan test simples, impresos y posteriormente **manipulativos** (Test alfa y beta) ! para personas analfabetas. Dicho test no tiene letras, aunque tengamos puntuaciones menos fiables. Estos tests los aplicaba y corregía cualquiera (no tiene por que ser un profesional) por sus características.

CARACTERISTICAS:

- Aplicación **colectiva**.
- Predominio de elementos **objetivos, cuantificables** y mayor **rigor** en los aspectos **estadísticos** del método.
- **Rapidez, facilidad, economía** y objetividad en la aplicación e interpretación.
- Generalización del uso de **tests manipulativos**.

4º. Periodo. Test de Personalidad

- Leonardo da Vinci y Boticelli (Test de manchas)
- Kraepelin Test de asociación libre)
- **1917:** Woodworth (Hoja de datos personales)
- **1921:** Test de Roscharch

CARACTERÍSTICAS:

- Se pasa a estudiar la **personalidad**.

- Mayor **atención** al análisis **cualitativo** que al cuantitativo.
- Aparece un nuevo tipo de **Test**: el **proyectivo**.

5º. Periodo. **Análisis Factorial**

- **1904 –1927**: Spearman da a conocer el análisis factorial como método para conocer objetiva y experimentalmente lo que mide un test.

Se aplica a los antiguos tests de inteligencia y aparecen los de **Factor G**, que se refiere a la capacidad de abstracción y de comprensión de relaciones (Pruebas como las de Raven o dominó).

6º. Periodo. **Escalas de Evaluación**

Se trata de una tendencia eminentemente **clínica** y basada en las aportaciones de la **informática** y la **estadística**, tratando de determinar la **presencia – ausencia** de **signos** característicos de una **patología** concreta.

Instrumentos que tratan de obtener **información objetiva** y **metodológicamente correcta** sobre segmentos muy concretos de la condición individual y **sin necesidad de referencias a otros sujetos o conductas**.

(hasta aquí llegó Anastasi)

7º. Periodo. **Pruebas Psicofisiológicas**

Los desarrollos en psicofisiología y psiconeurología permiten establecer las **relaciones** que puedan darse entre lo **orgánico** y lo **mental**, la conducta y la conciencia. Y también en el sentido inverso.

Sirve para **conocer al paciente** (obtener más información) y **no** para **tratarlos**.

8º. Periodo. **Estrategias Cognitivas**

Replanteamiento de la utilización de estrategias e instrumentos que habían sido abandonados. Recuperación del interés por los **procesos internos** y **no visibles**.

No ha cambiado el instrumento ni su utilización sino la orientación.

Desde hace 30 años no se ha aportado ningún instrumento más, seguimos como estábamos. Lo que hemos cambiado es el área donde aplicamos esas pruebas e instrumentos, también somos capaces de interpretar los datos de estas pruebas de diferente forma.

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

- **Entrevista – Historia Clínica**

Datos que recogemos y organizamos, sistematizamos.

- **Observación**

Lo que obtenemos en la entrevista está supeditado a la observación.

- **Pruebas Complementarias:**
- **Psicobiología.** – no tiene por qué hacerla el psicólogo, pero debe tenerla presente, pe.: si tiene o no gripe.

- **Testológica:**

1. *Tradicionales:* – Inteligencia

– Personalidad

2. *Comportamentales:* – Observación (en situaciones controladas)

– Escalas e inventarios

El 1º y 2º van juntos pues no es idóneo pasar una entrevista sin que esté delante el terapeuta).

TIPOS DE PSICODIAGNÓSTICO

- **Patognomónico**

Se basa en detectar la **presencia – ausencia** de los **signos** determinantes, específicos, concretos y característicos de un **cuadro determinado**.

- **Estadístico**

Se da la presencia de un **nº tal** de **signos** que son propios de un **cuadro** concreto, que no es probable que se puedan dar en otro.

- **Sistemático**

La elaboración de un **constructo explicativo hipotético** permite integrar los resultados obtenidos en alguno de los cuadros concretos ya conocidos y establecidos.

- **Comprensivo**

La **descripción completa de la personalidad** del sujeto y de sus características personales, es **comparada posteriormente** con las específicas y propias de los **cuadros clínicos** establecidos.

CUESTIONES PREVIAS AL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

- ¿Qué pretendemos conocer?
- ¿Cómo podemos saberlo?
- ¿De qué manera podemos lograr toda la información necesaria?
- ¿Qué pensamos hacer con ella cuando la tengamos?
- ¿Qué haremos finalmente con los resultados de la evaluación?

ANÁLISIS DE LA CONDUCTA SINTOMÁTICA

- Analizar el **síntoma individualizado**

Conlleva:

- Una descripción de la conducta sintomática.
- Condiciones estímulares y conductuales antecedentes y consecuentes.

Y hay:

- Variables del organismo.
- Autocontrol.
- Elaboración de un modelo funcional provisional.
- Génesis del síntoma y sus condiciones.
- Conclusiones del análisis genético sobre el modelo funcional.
- **Relaciones de los distintos síntomas.**

Habría que ver hasta qué punto hay una comunalidad, si hay una base común, una misma causa con distintas manifestaciones.

Otra posición es la que tiene en cuenta síntomas con distintas causas y que pueden confluir.

Por tanto existe: – Causa común ! génesis común para diferentes síntomas.

– Causa común con consecuencias primaria y/o secundaria.

– Sin causa común.

- Una sola causa ! consecuencia que es causa de ! 2ª consecuencia (por ejemplo: dolor de cabeza ! no poder dormir ! nerviosismo ! discusión).
- Síntomas sin nada que ver por causas. Las consecuencias pueden relacionarse, pero no las causas. Un depresivo, se muere el canario ! se deprime, no se ha muerto el canario porque sea depresivo, pero se deprime por ambas razones.

3. Análisis de los **condicionantes ambientales**.

- Condicionantes de vida (nivel S.E.)
- Significado del síntoma.

4. **Fijación de objetivos.** (I)

- Conductas a modificar. Hay que determinar lo que es necesario realmente modificar, lo que está relacionado con el problema.
- Conducta final deseada: **Topografía y frecuencia**. Ej.: hábito compulsivo de suicidio con pastillas. Terapia ! no poder abrir el bote de pastillas pero generalizó a todos los botes...
- Condiciones en que debe aparecer la conducta final.
- Establecer consecuencias previsibles de la modificación. **Efecto dominó**: el cambio de una conducta puede crear otros problemas.

¿QUÉ FASES SE SIGUEN EN UN PSICODIAGNÓSTICO?

- Planificación de procedimientos de recogida de datos.
- Recopilación de datos para la evaluación.
- Procesamiento e interpretación de datos.
- Comunicación de los resultados.

Estas 4 fases se solapan y no se mantienen obligatoriamente.

- **Planificación de procedimientos de recogida.**
- **Aspectos a analizar:** Somático, físico, demográfico, conductual manifiesto, cognitivo – intelectual, ambiental. **Aspectos distintos, complementarios, no excluyentes.**

Es necesario sopesar la información previa, tanto sea de la fuente propia o de otra persona.

- **Atención a los aspectos.** Determinar:
 - **Cuanta atención** merece cada aspecto.
 - Qué tipo de **preguntas o instrumentos** es más adecuado para cada aspecto.
 - **Técnicas** de evaluación que son mejores en cada aspecto.
 - Qué **modelo teórico** subyace a cada aspecto.
 - Qué **fiabilidad y validez** ampara a cada teoría disponible.
 - Qué **información previa** nos orienta.
 - **Grado de inferencia** supone la decisión de pasar de la información previa a esta planificación?
-
- **Recopilación de datos para la evaluación.**
 - **Entrevista:** fuente principal de información, rica, **económica** e **inmediata**, **versátil**, bien **aceptada** por el paciente y de aparentemente fácil utilización.

Se basa en la lógica de preguntar **lo que queremos saber**.

Inconvenientes:

- Carece de fiabilidad y validez.
- Proporciona solo la versión del sujeto. Subjetiva.
- Puede ser distorsionada (voluntariamente o no).
- Está influenciada por las características del entrevistador, entrevistado, circunstancias, etc.
- **Observación:** Trata de trascender lo que se dice para descubrir lo que realmente se hace. La observación es **directa** (evitando interferencias e inferencias), **pertinente** (se centra en las conductas de interés), **minuciosa** (permite describir con mucho detalle las conductas de interés) y **rigurosa** (si se realiza con las debidas exigencias metodológicas).

Inconvenientes:

- Errores y prejuicios del observador.
- Influencia de la observación sobre el observado.
- Influencia de factores situacionales

Pueden ser utilizables técnicas de:

- heteroobservación:
 - libre
 - sistemática

2. autoobservación.

Hay que tener en cuenta distintos aspectos:

- **Marco o situación de observación.**
- En situaciones concretas.
- En situaciones naturales.
- En situaciones planificadas.
- **Instrumentos utilizados.**
- Aparatos.
- Sistemas de codificación: a. *Signos*, b. *Categorías*, c. *Escalas de calificación*.

- **Muestra de la conducta.**
- Muestreo temporal.
- Muestreo de acontecimientos.
- **El observador.**
- Errores del observador.
- Participante o no participante.
- **Atribuciones comportamentales.**
- Grado de abstracción de la descripción de la conducta.
- Observación funcional de la conducta.
- Delimitación de la unidad de observación.
- **Pruebas complementarias:** Instrumentos para obtener muestras normalizadas de la conducta y de los que se exige un elevado grado de **fiabilidad y validez**. Existen multitud de opciones según las respuestas que demos a las preguntas planteadas en la 1ª. Fase.
- Psicofisiológicas.
- Testológicas:
- Tradicionales: inteligencia, personalidad.
- Comportamentales: observación, escalas/.....
- **Procesamiento e interpretación de datos.**

Transformación de las informaciones obtenidas por diferentes medios en imágenes e hipótesis para relacionarlas posteriormente para llegar a un planteamiento diagnóstico.

Un planteamiento diagnóstico que será ratificable por los mismos datos existentes o por otros que se elaboren para tal fin.

Ello requiere saltar de los datos conocidos a aquello que se supone en base a ellos.

Considerando que cuanto más grande sea el salto, mayor probabilidad de error habrá y que cuanto más objetivos sean los datos, menos riesgo correremos. A mayor número de suposiciones, mayor riesgo.

- **Comunicación de los resultados.**

A la vista de los datos obtenidos, es posible llegar a conclusiones. Basándose en ellas se podrán hacer distintas cosas, de entre las que destacan 2:

Por un lado se podrán realizar manifestaciones con respecto a:

- El pasado (etiología).
- El futuro (pronóstico).
- Las indicaciones posibles en relación a una intervención determinada.

Y por otro lado, presentar de forma adecuada tales conclusiones, junto a la información básica en que se apoyan. Todo ello siempre de forma:

- **Clara** (que no induzca a errores en su comprensión)
- **Pertinente** (auténtico motivo del proceso y no a cuestiones accesorias)
- **Útil** para el destinatario.

EL PROCESO DEL EVALUADOR

- El clínico aporta a todo el proceso su propio sistema de categorías aprendidas, su modelo de lo que es normal-anormal, salud y enfermedad, etc.

- El enfermo aporta su propia información, tanto la subjetiva como la que es objetiva a través de pruebas o instrumentos. Con ello se activa y actualiza la información, conocimientos y saberes almacenados por el clínico.
- *El clínico contrasta o aparea las características entre el indicio (síntomas expresados) y los prototipos que tiene almacenados (categorías de diagnóstico).*
- *El clínico recaba activamente la información que confirme o disconfirme, complete o matice, el modelo mental que se ha hecho del paciente.*

Y sacar conclusiones.

CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA LIMPIEZA DEL PROCESO EVALUADOR

• **Objetividad.**

Se debe medir, analizar y concluir sin que el pensamiento o los criterios personales del/la evaluador/a se mezclen con los resultados. La realidad no puede ser alterada.

• **Validez.**

Deben utilizarse datos comparables, resultados que puedan compararse con situaciones externas y sin distorsiones durante el proceso evaluativo.

Tipos de validez.

- **Externa:** Las puntuaciones correlacionan con los referentes externos.
- **De contenido:** todos los ítems muestran todos aspectos de la conducta propuesta.
- **De constructo:** la prueba explora aquello que desea de forma correcta. Mide aquello que realmente quiere.
- **Oportunidad.**

Hacer las cosas cuando hay que hacerlas. Implica la adecuación del análisis evaluativo al momento elegido. Es preciso evitar las modificaciones del momento de la evaluación que puedan originar distorsiones valorativas.

• **Confiabilidad.**

La evaluación debe estar basada en una medición objetiva y ser susceptible de tratamiento estadístico, de ser preciso. Así mismo, debe ser reproducible por otros evaluadores.

Motivos de la falta fiabilidad del diagnóstico psicológico:

- Variación del sujeto.
- Variación de la ocasión.
- Variación de la información.
- Variación de la observación.
- Variación de los criterios.
- **Utilidad.**

La evaluación debe establecer la relación entre los objetivos y los resultados. Tiene que identificar y examinar lo positivo y lo negativo de las conclusiones.

Los **informes** deben ser **claros y oportunos**, y en ellos pueden incluirse soluciones y sugerencias de mejoras.

- **Viabilidad.**

La evaluación debe ser realmente factible. Para ello, los instrumentos deben ser accesibles y utilizables.

Deben tomarse en consideración y aplicarse controles razonables sobre aquellas fuerzas (políticos, por ej.) que puedan, de alguna forma, inmiscuirse en la evolución del proceso.

- **Propiedad.**

La evaluación debe ser ética. Referida a compromisos previamente explícitos, que garanticen los derechos de los implicados.

La actuación ha de ser honradamente cooperadora. Sin que en el informe se oculten defectos ni bondades del programa o la persona evaluados.

- **Exactitud.**

La evaluación debe considerar y descubrir con claridad la evolución del proceso y el contexto en el que se desarrolla, los informes internos del proceso evaluador, los instrumentos, la implementación de los procedimientos, etc.

Las **conclusiones** siempre han de ser: **validas, fiables y libres de influencias.**

PROCESO PARA UNA CORRECTA EVALUACIÓN

- **Simplificación**

Necesidad de estar constantemente relacionado con los datos que se obtienen con el conjunto global del problema.

- **Generosidad**

Tendencia a suponer, a calificar generosamente, a eludir temas o preguntas embarazosas, etc., o al revés.

- **Efecto halo**

Opinión inconsciente que uno/a forma de alguien ante su simple visión y que, por no responder a criterios objetivos, puede entorpecer. Por ej.: los sujetos introvertidos tienden a parecer mejor dotados intelectualmente que los extravertidos.

- **Efecto fachada**

Tendencia del sujeto a verse y/o mostrarse a sí mismo de una forma más acorde con sus aspiraciones que con la realidad para dar una imagen deseada.

- **Prejuicios y estereotipos**

Tendencia a endosar y relacionar determinadas características con determinadas circunstancias que no están realmente relacionadas.

Tema 1. Evaluación Psicológica

