

UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES

Evaluación y Asesoramiento Psicopedagógico

Apuntes

Curso 2017-2018

Grado en Pedagogía

2º Curso

Índice

1. EL ASESORAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO.....	7
1.1. Conceptualización.....	7
1.2. Antecedentes.....	8
1.2.1. ANTECEDENTES PRECIENTÍFICOS.....	8
1.2.2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	8
1.2.3. CONSTITUCIÓN PSICODIAGNÓSTICO (XIX).....	8
1.2.3.1. GALTON.....	9
1.2.3.2. FREUD.....	9
1.2.3.2.1. <i>Las tres tópicos de la teoría freudiana</i>.....	9
1.2.3.2.2. <i>Los 3 pilares de la teoría freudiana</i>.....	11
1.2.4. DESARROLLOS DEL S. XX EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.....	13
1.2.5. CRISIS Y RESURGIMIENTO DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.....	13
2. Fiabilidad y Validez, correlacionar.....	14
3. LA PERSONALIDAD.....	15
3.1. MODELO DE PERSONALIDAD DE THEODORE MILON.....	16
3.1.1. Fundamentos de la teoría de Milon.....	16
3.1.1.1. <i>Patrón de conducta operante</i>.....	16
3.1.1.2. <i>Fuentes de refuerzo</i>.....	16
4. BASES DE LOS MODELOS DE EVALUACIÓN.....	20
5. MODELOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.....	20
6. LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA.....	28
7. LA OBSERVACIÓN.....	29
7.1. Unidades de análisis.....	30
7.2. Unidades de medida.....	31
7.3. Criterios para el muestreo.....	32
7.4. Técnicas de registro.....	33
7.5. Elaboración de un sistema de categorías.....	36
7.6. Garantías científicas.....	39
7.6.1. Fuentes de error.....	39

7.6.2. Índices de concordancia.....	40
7.6.3. Otros índices.....	41
8. ENCUESTAS Y ENTREVISTAS.....	42
8.1. LAS ENCUESTAS.....	42
8.1.1. FASES.....	42
8.1.2. REALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO.....	43
8.1.3. VENTAJAS Y LIMITACIONES.....	44
8.2. LA ENTREVISTA.....	45
8.2.1. FASES DE ELABORACIÓN DE LA ENTREVISTA.....	47
9. LA INTELIGENCIA.....	48
9.1. LA INTELIGENCIA: DEFINICIÓN.....	48
9.2. BREVE RECORRIDO HISTÓRICO.....	48
9.2.1. AUTORES CLÁSICOS MÁS DESTACADOS.....	48
9.2.1.1. <i>OTROS AUTORES</i>	48
9.3. TEORÍAS DE LA INTELIGENCIA.....	49
9.3.1. ¿CAPACIDAD GENERAL O CAPACIDADES ESPECÍFICAS?.....	50
9.3.2. ¿REFLEJAN UNA APTITUD COGNITIVA BÁSICA Y ABSTRACTA O CONTENIDOS ADQUIRIDOS EN LA ESCOLARIZACIÓN? ¿EN QUÉ MEDIDA PREDICE EL ÉXITO ACADÉMICO, PROFESIONAL Y, EN GENERAL, EN LA VIDA? 51	
9.3.3. ¿LA CREATIVIDAD ES UNA MEDIDA DIRECTA DE INTELIGENCIA?.....	51
9.3.4. ¿CÓMO MEDIR LA INTELIGENCIA?.....	52
9.3.4.1. ¿EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE EL TAMAÑO DEL CEREBRO Y LA COMPLEJIDAD DEL CEREBRO?.....	52
9.3.5. ¿DEPENDE LA INTELIGENCIA DEL FUNCIONAMIENTO CEREBRAL?.....	52
9.3.6. ¿PODEMOS MEDIR LA INTELIGENCIA A TRAVÉS DE LOS TESTS?.....	53
9.3.7. ¿PODEMOS CONTROLAR LA EVOLUCIÓN DE UN SUJETO A NIVEL DE INTELIGENCIA? ¿LA INTELIGENCIA CAMBIA O PERMANECE ESTABLE A LO LARGO DE LA VIDA? (Una vez que obtenemos puntuaciones de inteligencia de un sujeto). 53	
9.3.8. ¿EN QUÉ MEDIDA SON INNATAS Y/O ADQUIRIDAS? ¿SON LOS HOMBRES Y LAS MUJERES IGUALES EN EL CAMPO DE LA INTELIGENCIA?.....	53
9.3.9. ¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA DIFERENCIA DE PUNTUACIONES EN LOS TEST DE INTELIGENCIA A NIVEL GRUPAL?.....	54

10. LOS TESTS.....	55
10.1. TIPOS DE TEST.....	55
10.2. CARACTERÍSTICAS.....	55
10.3. ALGUNOS TESTS DE INTELIGENCIA.....	57
11. EL LENGUAJE.....	57
11.1. Evaluación del lenguaje.....	57
<i>11.1.1. HITOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE.....</i>	<i>57</i>
<i>11.1.2. SIGNOS DE ALERTA DE DIFICULTADES DEL LENGUAJE.....</i>	<i>58</i>
<i>11.1.3. PRINCIPALES DIFICULTADES DEL LENGUAJE.....</i>	<i>59</i>
<i>11.1.4. PLAN DE EVALUACIÓN.....</i>	<i>59</i>
11.1.4.1. Objetivos: ¿Para qué evaluar?.....	59
11.1.4.2. Contenidos: ¿Qué evaluar?.....	60
11.1.4.2.1. Fonología.....	60
11.1.4.2.2. Morfosintaxis.....	60
11.1.4.2.3. Léxico.....	61
11.1.4.2.4. Pragmática.....	61
11.1.4.3. Procedimientos: ¿Cómo evaluar?.....	61
11.1.4.3.1. Observación conductual.....	62
11.1.4.3.2. Tests generales de lenguaje.....	62
<i>11.1.5. ELABORACIÓN DEL RESUMEN.....</i>	<i>64</i>
12. HABILIDADES SOCIALES.....	65
12.1. Conceptos clave de las HH SS.....	66
12.2. El aprendizaje de las HHSS.....	67
<i>12.2.1. Entrenamiento de las HHSS (cómo trabajarlas).....</i>	<i>67</i>
12.3. Los estilos de conducta social.....	67
13. SOCIOMETRÍA.....	68
13.1. Historia: Jacob Lévy Moreno.....	68
13.2. Concepto.....	68
13.3. Objetivos del test sociométrico.....	69
13.4. El cuestionario.....	69
<i>13.4.1. Número de elecciones y rechazos.....</i>	<i>69</i>
13.5. Los indicadores.....	70

13.5.1. Conceptos previos.....	70
13.5.2. Los valores sociométricos (teles directas).....	70
13.5.3. Los valores sociométricos (percepción sociométrica).....	70
13.5.4. Los índices sociométricos (individuales).....	71
13.5.5. Los índices sociométricos (globales).....	71
13.6. Tipos sociométricos.....	71
13.7. La sociomatríz.....	72
13.7.1. Fases.....	72
13.8. El sociograma.....	73
14. TRASTORNOS EMOCIONALES Y SOCIALES EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA.....	76
14.1. Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (<i>panic attack</i>).....	76
14.2. Criterios para el diagnóstico de agorafobia.....	77
14.3. Criterios para el diagnóstico de Fobia específica.....	78
14.4. Criterios para el diagnóstico de Fobia social.....	79
14.5. Criterios para el diagnóstico de Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).....	81
14.6. Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático.....	82
14.7. Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés agudo.....	84
14.8. Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada (incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil).....	85
14.9. Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad por separación.....	86
14.10. Criterios para el episodio depresivo mayor.....	87
14.11. Criterios para el episodio maníaco.	89
14.12. Criterios para el episodio mixto.	90
14.13. Criterios para el episodio hipomaníaco.	91
14.14. Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad..	92
14.15. Criterios para el diagnóstico de Trastorno negativista desafiante.	94
14.16. Criterios para el diagnóstico de Trastorno disocial.	95
14.17. Criterios para el diagnóstico de Trastorno antisocial de la personalidad.....	96
14.18. Criterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa.....	97
14.19. Criterios para el diagnóstico de Bulimia nerviosa.	98

1. EL ASESORAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO.

1.1. Conceptualización.

- **Cronbach** (1980). *Evaluación* = “la recopilación y uso de la información para tomar decisiones”.
- **Anderson et al.** (1976). *Evaluación* → “...el término evaluación es frecuentemente usado de forma intercambiable con los términos valoración y medición... por ello parece apropiado en los estudios de valoración limitar el término evaluación al proceso de recopilación de datos y su organización de forma interpretable”.
- Para **Fernández-Ballesteros** (1985):
 - *Evaluación* = Análisis inicial de los comportamientos, las variables que los controlan y mantienen, así como el establecimiento de relaciones funcionales entre ellos
 - *Valoración* = Juicio sobre la eficacia del tratamiento, junto a la verificación de conclusiones de la evaluación.

En conclusión, Fernández-Ballesteros indica que *"la evaluación se dirige a un sujeto humano, mientras que la valoración se refiere a un programa o intervención"*.

- **Lindz** (1981):
 - *Evaluación* = Proceso de recolección de datos sistemáticos, validos, fiables y relevantes en respuesta a los problemas presentados por la fuente de referencia, y con el propósito de tomar decisiones para o acerca de las personas.
- **Forns, Jiménez** (1994): Distingue tres acepciones del término *evaluación* desde un punto de vista psicopedagógico: 1) **Ev. Diagnóstica**, 2) **Ev. Formativa**, 3) **Ev. Sumativa**.
 - *Evaluación diagnóstica*: trata de identificar las potencialidades de un sujeto para saber si puede llevar a cabo una serie de actividades con un rendimiento aceptable.
 - *Evaluación formativa*: intenta comprobar si un estudiante ha logrado una serie de objetivos educativos.
 - *Evaluación sumativa*: trata de apreciar el rendimiento final tras un período de aprendizaje.
- **Otros autores** prefieren diferenciar entre:

- *Evaluación del diagnóstico*: trata de buscar la patología de los individuos como causa de sus problemas.
- *Evaluación*: contemplaría un tipo de información más amplio, que no se centra sólo en la persona sino también en su ambiente y la interacción entre ambos.

1.2. Antecedentes.

1.2.1. ANTECEDENTES PRECIENTÍFICOS.

- *Míticos*: Astrología
- *Racional-Especulativos*: Filosofía y Medicina

1.2.2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

- Psicofísica, Fisiología, Psiquiatría organicista, Pedagogía experimental...
- **Wundt**: 1879. Primer laboratorio de psicología experimental: método experimental para el estudio de la psique

1.2.3. CONSTITUCIÓN PSICODIAGNÓSTICO (XIX).

- 1) **Galton**: Padre de la Psicología Diferencial.
- 2) **Catell**: Test mental 1890
- 3) **Binet**: Primer test de inteligencia 1905, misma fecha en la que se determinó que la inteligencia era la edad mental partida por la edad cronológica. Va de 0 a infinito, debido a las decimas se multiplicaba el coeficiente por 100, y así obteníamos nuestro coeficiente intelectual.
- 4) **Otros**: **Thorndike**, **Freud** (objetivo principal = acceder al inconsciente. Sostiene que a partir de la medicina no se puede llegar al inconsciente), **Spearman**...
- 5) 1890 – 1910: Psicodiagnóstico.
- 6) Disciplina destinada al análisis de la individualidad mediante los tests mentales.

1.2.3.1. GALTON.

(S.XIX)

Galton era primo de Darwin. Sentía obsesión por la medida de todas las cosas. Medía todo aquello que incluye la naturaleza, desde los perímetros craneales, huesos de todo tipo, cuantos granos de maíz hay en una mazorca, etc. Llegando al punto de creer que tenía el poder de la distribución de la verdad.

Todo lo que Galton hizo sirvió para introducir y entender lo siguiente:

- La media del coeficiente intelectual es 100: Coincide con la MODA (el número más repetido) y con la MEDIANA (el punto medio, es decir, de 100 será 50).
- La prevalencia de la deficiencia mental es del 2'5%.
- Quien tenga un coeficiente intelectual inferior a 70 tiene un retraso mental.
- El 95% de la gente está entre el 70 y el 130.

Galton con todo esto empezó a medir características humanas, y por ello es el padre de la psicometría (medir la psique), siendo este un concepto cardinal de la asignatura.

- Letras griegas → calculan parámetros.
 - o Desviación típica/estándar: σ
 - o Sumatorio: Σ
 - o Proporción: π
- Letras latín → calculan estadísticas (a partir de muestras inferimos resultados a la población)

1.2.3.2. **FREUD.**

(Gran pensador del siglo XIX)

1.2.3.2.1. *Las tres tópicos de la teoría freudiana.*

1. **Conciencia, Preconciencia, inconsciente.**
2. **Ego, Superego, id.**
3. **Mecanismos de defensa.**

1) **PRIMERA TOPICA: Conciencia, Preconciencia, inconsciente.**

- **Consciente:** lo que tenemos en la memoria RAM.
- **Preconsciente:** Freud postuló que por la noche los límites del preconsciente se relajan, y el contenido de lo inconsciente puede llegar a la conciencia, que es cuando soñamos. Allí encontró una vía de acceso al inconsciente. Que fue cuando se inventó la interpretación de los sueños, uno de los pilares de la teoría freudiana.
- **Inconsciente:** es el saco de basura donde metemos todo lo que no aceptamos (problemas, conflictos...). Aquello a lo que no podemos acceder.

Estudiando el inconsciente podía conocer la fuente de los problemas de aquellas mujeres burguesas de la sociedad austriaca.

2) **SEGUNDA TOPICA: La psique humana se divide en tres entidades: ego, superego, id.**

- **Ego: (yo)** es quien tiene que contentar al superego y al id al mismo tiempo. Somos nosotros mismos. Se da el desequilibrio si no se contentan a los dos por igual. Estar centrado es tener un yo fuerte que no se decante por ninguno de los dos.

Si tienes un “yo fácil”, tendrías placer pero no serías aceptado por la sociedad, y viceversa.

Un “yo fuerte” controla las dos necesidades.

(Ej.: los narcisistas. Tienden hacia el ello. ++ Ej.: Yo escorado = una persona que no puede evitar parar de comer. Tienden hacia el ello. ++ Ej.: obsesos, parafilicos.. = yo muy débil vencido totalmente al ello.)

Ej.: el grado de autocontrol que tienen las anoréxicas está regido por la norma, por el superyó.

Si la partida la gana el superyó: ej.: la policía, el juez, abogados... la moral.

- **Superego: (superyó)** es el contrario del ello. Hace referencia a la moral, justicia, leyes, normas. Se rige por el principio de realidad.
- **Id: (ello)** son las pulsiones (= impulsos) (pulsión sexual, pulsión alimentaria...) la energía que gobierna el principio de placer es la que predomina en el ello. Son las necesidades básicas. Se rige por el principio de placer.

Además, introdujo dos principios:

- El **principio de placer**: todos nos regimos por el principio de placer, que es por lo que se rige un recién nacido. Solo quiere comer, y si no come llora. Se rige todo por el placer pues todo comportamiento se rige por la obtención del placer.
- El **principio de realidad**: todos queremos obtener placer, pero fuera de ti hay unas reglas a las que tiene que adecuar tus intereses para poder conseguir tu placer pero siempre dentro de tu realidad.

Según Freud → **Líbido** = energía sexual que mueve todo comportamiento.

3) TERCERA TOPICA: Mecanismos de defensa

Ana Freud desarrolló los **mecanismos de defensa** del yo (se defiende del id o del superyó) (idea de su padre).

- **Regresión**: vuelves a fases anteriores de tu vida por una experiencia traumática (Ej.: niños con chupete otra vez) (Ej.: hombres que se compran motos para volver a vivir esa adolescencia).
- **Represión**: único mecanismo de defensa desarrollado por Freud, todos los demás los desarrolló su hija.
- **Negación**: negar lo que pasa para poder seguir conviviendo con eso.
- **Racionalización**: buscarle la explicación intelectual a algo para poder justificarlo.

1.2.3.2.2. *Los 3 pilares de la teoría freudiana.*

- 1) **Interpretación de los sueños.**
- 2) **Asociación libre.**
- 3) **Actos fallidos.**

1. **Interpretación de los sueños**

Si tenemos tanto contenido reprimido dentro del inconsciente, donde no tenemos control, los sueños tendrían que dar fe de ello, por ello a partir de la interpretación de los sueños podemos saber que hay en el inconsciente.

Se sueña y se tiene *pesadillas* (tienen sentido e hilo narrativo) en la fase REM, fase en la que la actividad mental es muy elevada.

Terror nocturno: no es una pesadilla. No se produce en la fase REM. Generan angustia.

La memoria es constructiva. Tú reconstruyes.

2. **Asociación libre.**

= lo primero que te viene a la cabeza. Es espontáneo, tú decides decirlo.

El discurso vivo de todos nosotros pretende ocultar la información que tenemos en el inconsciente. Freud pensaba que si sentaba a un sujeto y el sujeto decía lo primero que le venía a la cabeza, y él a partir de esa palabra y terapia le iba dando sentido a esa palabra.

Cuando soñamos se nos puede escapar contenido inconsciente.

3. **Actos fallidos.**

= no puedes controlarlo. Lo que dices sin querer decirlo.

Por el día no siempre controlamos lo que decimos, se nos pueden escapar cosas que no queríamos decir, lo que es un *lapsus lingüe*, conocido por Freud como los ACTOS FALLIDOS.

1.2.4. DESARROLLOS DEL S. XX EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.

- **HASTA LOS 50:**
 - o Tecnología evaluativa: análisis y constatación de atributos psicológicos, entidades nosológicas y constructos dinámicos
- **A PARTIR DE LOS 60:**
 - o Crítica de una evaluación en base a tests. Crisis del psicodiagnóstico tradicional.
 - o Desarrollo de modelos: conductual y cognitivo
- **A PARTIR DE LOS 70:**
 - o Extensión del objeto de evaluación: del análisis del individuo a las interacciones persona-ambiente, al ambiente y a la evaluación de intervenciones
 - o Nuevos instrumentos: evaluación de interacciones, de ambiente, de programas...
- **LA DÉCADA DE LOS 80:**
 - o Se pierde purismo en los planteamientos teóricos
 - o Relativismo respecto a la interpretación y significación de los resultados con distintas técnicas
 - o Recuperación del modelo psicométrico
 - o Psicología comprometida con problemas sociales: nuevos instrumentos para identificar grupos de alto riesgo

1.2.5. CRISIS Y RESURGIMIENTO DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.

- **CAUSAS DE LA CRISIS (60-75)**
 - o Críticas tests y técnicas proyectivas
 - o Auge evaluación conductual
 - o Ataques sociales a los tests
- **INDICADORES DEL RESURGIMIENTO (80)**
 - o Pervivencia uso de tests
 - o Incremento tiempo congresos
 - o Nuevas publicaciones
 - o Revisión tests tradicionales - Construcción nuevos
 - o Disminución antagonismo E. Tradicional - E. Conductual
 - o Aplicación T^a procesamiento de la información a la Evaluación de la inteligencia
 - o Ampliación objeto de estudio: individuo, pareja, grupo, organización, programa...
 - o Creación de nuevos campos: psicología de la salud
 - o Introducción de los ordenadores

2. Fiabilidad y Validez, correlacionar.

Conceptos imprescindibles en psicopedagogía

Fiabilidad: define la exactitud de la medida de un test, es decir, el grado en el que las puntuaciones con él obtenidas son consistentes. Se refiere al hecho de que una misma respuesta, dada en mismas situaciones, reciba la misma puntuación.

Obtenida a través de la comparación de resultados obtenidos en una primera parte del test con los obtenidos en la segunda parte, o bien por el procedimiento test/re-test donde los resultados obtenidos por el sujeto en una primera administración del test deberían correlacionar de forma significativa con los obtenidos en una segunda administración.

Hace referencia a la fiabilidad del instrumento. Si un test es estable es fiable.

No falla. Siempre que vayas vas a encontrar lo mismo, sea negativo o positivo. Una medición fiable de un constructo hace referencia a que siempre mide lo mismo. Se mide aplicando dos veces un instrumento y si supera 0'7 es válido. Es fiable si siempre que lo aplicas consigues lo mismo.

En investigación se pide que los test, para ser fiables, sean mayores o iguales a 0'7 R.

Validez = Se refiere a la medida en que el test que hemos diseñado mide realmente la variable que queremos medir o predecir. Es una propiedad de las puntuaciones obtenidas con el test.

Si el test mide lo que quiere medir, y no otra cosa, ese test es válido.

Puede ser:

- a. **Validez de contenido:** que el test refleje el comportamiento correspondiente.
- b. **Validez de criterio:** elegir otra variable vinculada como criterio comparativo.
- c. **Validez predictiva:** en este caso el criterio usado es el rendimiento futuro.

Respecto a la observación, la validez puede ser:

- **Interna** = el control exquisito sobre las variables independientes para poder establecer correlaciones.
- **Externa (ecológica)** = hace referencia a que lo que observábamos y a las conclusiones que lleguemos se puedan establecer en la realidad.

Otros conceptos importantes:

- **Constructo:** variable no directamente observable (personalidad, inteligencia...)

- **Correlacionar** = establecer un paralelismo entre dos o más cosas
- **Correlación** = valor fundamental de psicometría. Sus resultados están entre +1 y -1. Indica la fuerza y la dirección de una relación lineal y proporcionalidad entre dos variables estadísticas.
- **Análisis vectorial**: propio de la psicología y la psicometría.
- **Sesgo**: fuente de error (condiciones de aplicación, cultura de referencia...)

3. LA PERSONALIDAD.

La personalidad no es cuantitativa, cada una tiene la suya. No se tiene ni mucha ni poca.

- **Temperamento**: regido por la genética. Es la base corporamental que tiene el niño desde que nace. A medida que va creciendo va interactuando con el medio ambiente.
- **Carácter**: Es lo que la interacción entre el temperamento y el ambiente deja en mí.

Un individuo es una apuesta de la vida hacia la autonomía, y hasta que no sale al medio a demostrar que su interacción con el medio ha finalizado, aun no ha comprobado si es maduro o no.

Cuando el proceso de maduración ha finalizado ya tiene una manera de ser, su **personalidad**.

Cuando ya no hay ni temperamento ni carácter tenemos personalidad, la cual ya no va a cambiar.

- *Proceso final adaptativo*: será una persona normal, porque el resultado le permite la adaptación.
- *Proceso final desadaptativo/no adaptativo*: tendrá un trastorno de personalidad, porque el resultado no le permite la adaptación

3.1. MODELO DE PERSONALIDAD DE THEODORE MILON.

3.1.1. **Fundamentos de la teoría de Milon.**

La teoría de Milon se fundamenta en dos teorías:

- (1) **MODELO BIOSOCIAL**: explica los estilos de relaciones interpersonales a partir de los factores biológicos (innatos) y sociales (experiencias).

Desde esta perspectiva se distinguen dos dimensiones principales para el aprendizaje de estrategias de afrontamiento de dificultades (conducta operante) y el logro de refuerzos

- (2) **MODELO EVOLUTIVO:** desde la perspectiva de este modelo se considera que la personalidad está definida por el estilo de funcionamiento adaptativo al entorno. Se considera anormal aquella personalidad que tiene dificultades de adaptación.

3.1.1.1. Patrón de conducta operante.

- **Individuos activos:** buscan activamente el refuerzo y tienden a la acción buscando objetivos y refuerzos concretos.
- **Individuos pasivos:** son básicamente reactivos, esperando que el entorno les proporcione refuerzo.

3.1.1.2. Fuentes de refuerzo.

- ♦ **Independiente:** buscan el refuerzo de manera independiente, en sus propias metas personales. Confían en sí mismos.
- ♦ **Dependiente:** buscan el refuerzo de manera dependiente. Confían en que los demás le proporcionen el refuerzo.
- ♦ **Ambivalente:** buscan el refuerzo de manera ambivalente. No están seguras de buscar el refuerzo en sí mismas o en los otros.
- ♦ **Desvinculado:** buscan el refuerzo de manera desvinculada. En realidad no buscan refuerzo alguno, solo apartarse de los otros y carecen de aspiraciones personales.

En el siguiente cuadro se muestra el resultado esperable de la combinación de los patrones de conductas con los distintos tipos de fuentes de refuerzo:

PATRON DE CONDUCTA OPERANTE		FUENTES DE REFUERZO			
		Independiente	Dependiente	Ambivalente	Desvinculado
Activo	Personalidad normal	Personalidad fuerte	Personalidad sociable	Personalidad sensitiva	Personalidad inhibida
	Personalidad anormal	Trastorno antisocial	Trastorno histriónico	Trastorno pasivo agresivo	Trastorno por evitación
	Personalidad anormal grave	Trastorno paranoide	Trastorno límite	Trastorno límite	Trastorno esquizotípico
Pasivo	Personalidad normal	Personalidad confiada	Personalidad cooperadora	Personalidad respetuosa	Personalidad introvertida

	Personalidad anormal	Trastorno narcisista	Trastorno por dependencia	Trastorno compulsivo	Trastorno esquizoide
	Personalidad anormal grave	Trastorno paranoide	Trastorno límite	Trastorno paranoide	Trastorno esquizoide

(<http://www.barcelonapsicologo.net/personalidad/personalidad%20million.htm>)

Trastorno de personalidad = Incapacidad de la personalidad para enfrentarse a las dificultades de la vida.

- Provoca problemas de adaptación con resultados negativos
- Tiende a caer en círculos repetitivos con consecuencias negativas
- Es inestable ante las situaciones difíciles.

Tipos de trastornos de personalidad:

- **Grupo A:** parecen raros o excéntricos
 - **Personalidad paranoide:** sospechas y desconfianzas profundas e infundadas hacia los demás, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas y como una amenaza. *Personalidad vigilante*, es decir, se da cuenta de todo lo que sucede a su alrededor y vigila constantemente las situaciones y personas de su entorno, prestando atención a los mensajes con doble sentido, a las motivaciones ocultas, etc.
 - **Personalidad esquizoide:** Un patrón profundo de desapego social y un rango limitado de expresión emocional en situaciones interpersonales. *Personalidad solitaria*, no necesita a nadie salvo a sí mismos, no sienten necesidad de agradar o impresionar a los demás y apenas sienten emociones. Se mantiene alejado.
 - **Personalidad esquizotípico:** Un patrón profundo de déficit sociales e interpersonales caracterizado por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones

interpersonales, así como también distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades de la conducta. *Personalidad idiosincrásica*, ya que siguen pautas diferentes al resto de la gente.

- **Grupo B: parecen dramáticos, emotivos o inestables**

- **Personalidad narcisista:** Un patrón generalizado de grandiosidad (en fantasías o en conducta), necesidad de admiración y falta de empatía. Cree que es especial y único y que solo pueden comprenderle, o solo debería relacionarse con, otras personas especiales o de elevado estatus. Presenta actitudes o conductas arrogantes o soberbias. *Personalidad:* seguro de sí mismo, líder, seguro, ambicioso, extravertido, muy político, decidido, manipulador, coercitivo. Utiliza a los demás, se salta las reglas.
- **Personalidad antisocial:** Patrón consistente de desconsideración y violación de los derechos de los demás. *Personalidad arriesgada.* Viven al límite, desafían obstáculos y restricciones. Falta de un "superyó". No piensa en los demás, su satisfacción es lo primero. no sigue las reglas. Mentir y engañar está bien mientras no te cojan.
- **Personalidad límite:** Patrón persistente de inestabilidad de las conductas interpersonales, de la imagen de uno mismo y de los afectos y presencia de una notable impulsividad. *Personalidad intensa.* frecuentes cambios emocionales. son sujetos inestables, desvalidos, dependientes, vacíos. Manipula, se autolesiona, se mueve a impulsos.
- **Personalidad histriónica:** Un patrón generalizado de emocionalidad y búsqueda de atención excesivas. *Personalidad emocional.* Necesidad de impresionar a la gente y de conseguir todo lo que quiere.

- **Grupo C: parecen ansiosos o temerosos**

- **Personalidad dependiente:** Una necesidad profunda y excesiva de ser cuidado, lo que conduce a una conducta pegajosa y de sumisión y a temores de separación. *Personalidad entregada.* Sus necesidades son las de los demás. es feliz si los otros son felices. Sujetos pasivos que dependen en exceso de los demás. Cultiva las relaciones de dependencia.
- **Personalidad obsesivo-compulsiva:** un patrón generalizado de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. *Personalidad consciente.* Trabaja duro. Fuertes principios morales. Guarda todo por si algún día le hace falta.
- **Personalidad evitativa:** Un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad ante la evaluación negativa. *Personalidad sensible.* La

familiaridad le proporciona bienestar, satisfacción e inspiración. Interpreta que las acciones de los demás son una amenaza. Sujetos con dificultades en sus relaciones interpersonales, sensibilidad excesiva a la crítica y evitación del contacto con los demás.

4. BASES DE LOS MODELOS DE EVALUACIÓN.

MODELO PSICOMÉTRICO	MODELO PSICOANALÍTICO – MÉDICO	MODELO CONDUCTISTA
Datos cuantitativos. Test psicológicos.	Datos cualitativos. Técnicas proyectivas	Datos cuantitativos
Clasificación (alumnos/selección)	Clasificación taxonómica con fines clínicos	Observación conducta + Cognitivo + Psicofisiológico
Aspectos positivos	Aspectos psicopatológicos o negativos	Evaluación para planificar el tratamiento
Constructos-Indicadores empíricos	Funcionamiento y dinámica de la personalidad y la inteligencia	Identificar conductas y variables ambientales/ personales que las mantienen
<i>MEDIDA</i>	<i>PSICODIAGNÓSTICO</i>	<i>EVALUACIÓN CONDUCTUAL</i>

5. MODELOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.

1) **MODELO PSICOMÉTRICO, CORRELACIONAL O DEL ATRIBUTO**

2) **MODELO CLÍNICO-DINÁMICO**

- a. Perspectiva Psicoanalítica
- b. Perspectiva Médico-Psiquiátrica

3) **MODELO FENOMENOLÓGICO, HUMANISTA, EXISTENCIAL**

4) **MODELO CONDUCTUAL**

- a. Enfoque Radical
- b. Enfoque de Impacto Mediatizado
- c. Enfoques Integradores-Interactivos: Conductual-Cognitivo /
- d. Paradigmático

5) **MODELO COGNITIVO**

- a. Evaluación desde el Procesamiento de la Información
- b. Evaluación psiconeurológica

1).. MODELO PSICOMÉTRICO CORRELACIONAL O DEL ATRIBUTO

Orígenes

Galton, Mckeen Catell, Binet. Otros respresentantes: Eysenck, Guilford...

Presupuestos Teóricos	<ul style="list-style-type: none"> - La conducta se explica en función de variables internas o intrapsíquicas (rasgos). - Estas variables dan consistencia y estabilidad al comportamiento a lo largo del tiempo y de las situaciones. - Rasgo: innato. - Reformulaciones posteriores: persona x situación (interaccionismo)
Variables	Rasgos de la personalidad, dimensiones (temperamentales, cognitivos....)
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Describir, clasificar, comparar y predecir. - Estudiar las diferencias individuales y ubicar al sujeto en relación al grupo de referencia normativo en un rasgo o dimensión concreta que puede cuantificarse. - Enfoque nomotético.
Técnicas	Técnicas psicométricas: elaboradas mediante procedimientos estadísticos y factoriales
Ámbitos de aplicación	Escolar. Organizacional. Clínico. Investigación

2).. a) MODELO CLINICO-DINÁMICO: PERSPECTIVA MÉDICO-PSIQUIÁTRICA

Orígenes	Incremento de las necesidades de evaluación clínica por efecto de las dos guerras mundiales.
Presupuestos Teóricos	<ul style="list-style-type: none"> - La conducta está determinada por causas genético-biológicas e intrapsíquicas. - Modelo médico de enfermedad.
Variables	<ul style="list-style-type: none"> - Entidades nosológicas. - Trastornos biológicos.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Describir, clasificar y pronosticar. - Estudian el grado de afectación del trastorno, los factores históricobiográficos etiológicos, el curso del proceso psicopatológico y el tratamiento farmacológico adecuado.
Técnicas	Tests psicométricos para constatar rasgos, dimensiones o entidades nosológicas; Técnicas observacionales; Técnicas proyectivas.
Ámbitos de aplicación	Clínico.

2).. b) MODELO CLÍNICO-DINÁMICO: PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Orígenes	Modelo Freudiano de la Personalidad.
-----------------	--------------------------------------

Presupuestos Teóricos	<ul style="list-style-type: none"> - La conducta se explica en base a una serie de construcciones teóricas internas que conforman la estructura de la personalidad en conexión con dinamismos internos inconscientes. - Énfasis en la historia pasada del sujeto.
Variables	<ul style="list-style-type: none"> - Estructura intrapsíquica de la personalidad del sujeto (Ello / Yo / Super-Yo). - Peso de los elementos topológicos (Consciente, Preconsciente, Inconsciente). - Mecanismos de defensa.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar y comprender. - Estudian las elaboraciones mentales subjetivas del sujeto, más que su conducta. - Enfoque idiográfico.
Técnicas	Técnicas proyectivas (preferentemente); Análisis de los Sueños; Asociación Libre; Entrevista libre o semiestructurada; Autobiografías; Análisis de la Trasferencia.
Ámbitos de aplicación	Clínico (preferentemente) y Escolar.

3).. MODELO FENOMENOLÓGICO, HUMANISTA, EXISTENCIAL

Orígenes	Husserl, Rogers, Maslow, Perls..
Presupuestos Teóricos	La conducta está determinada por la percepción subjetiva que el sujeto tiene del mundo y de sí mismo.
Variables	Autopercepción, Percepción de los otros y del ambiente, Estrategias personales de resolución de problemas, Tendencia a la autoactualización, Motivación de crecimiento...
Objetivos	Comprender e intervenir para estimular el crecimiento personal, logrando un mejor ajuste personal y social del sujeto.
Técnicas	Técnicas subjetivas (preferentemente); Observación y Autoobservación; Entrevista libre; Técnicas proyectivas; y Técnicas psicométricas.
Ámbitos de aplicación	Clínico (preferentemente) y Escolar.

4).. a) MODELO CONDUCTUAL RADICAL (PRIMERA GENERACIÓN)

Orígenes	Watson, Skinner...
-----------------	--------------------

Presupuestos Teóricos	<ul style="list-style-type: none"> - Condicionamiento clásico y operante. - El ambiente como determinante directo y único de la conducta del sujeto, por lo que el tratamiento se dirige a la modificación de variables ambientales. - Rechaza la introspección, proponiendo una explicación de la conducta en términos estímulo-respuesta, respuesta-reforzamiento.
Variables	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de las conductas directamente observables (Análisis topográfico de la conducta). - Variables ambientales y motoras.
Objetivos	Controlar y predecir la conducta
Técnicas	Técnicas observacionales. Técnicas con garantías psicométricas de validez y fiabilidad.
Ámbitos de aplicación	Laboratorio (inicial y preferentemente), Clínica, Escolar...

**4).. b) MODELO CONDUCTUAL MEDIACIONAL O NEOCONDUCTISMO
(SEGUNDA GENERACIÓN)**

Orígenes	Tolman, Guthrie, Hull,... Wolpe, Eysenck, Bandura, Rotter...
Presupuestos Teóricos	<ul style="list-style-type: none"> - El ambiente tiene gran importancia en la determinación de la conducta, pero el impacto de la situación sobre la conducta está mediatizado por una serie de variables del organismo o variables intervinientes. - Interés por los procesos mediacionales (perceptos, imágenes, ideas...), es decir, por los procesos mentales que pueden ser estímulos encubiertos.
Variables	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptan la medida de variables no directamente observables. - Variables mediacionales de carácter cognitivo-emocional: Intención, Ansiedad, Motivación, Valor del refuerzo para el sujeto, Locus de control...
Objetivos	Predecir y controlar la conducta.
Técnicas	Autoinformes verbales y cuestionarios sobre conducta cognitiva; Técnicas de observación; Técnicas de intervención en la ansiedad (modelado, desensibilización sistemática, relajación...).
Ámbitos de aplicación	Clínico (preferentemente), Escolar, Comunitario.

4).. c) MODELO CONDUCTUAL INTEGRADOR-INTERACTIVO (TERCERA GENERACIÓN): LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL-COGNITIVA

Orígenes	Ellis, Cautela, Mahoney, Beck, Meichembaum
-----------------	--

Presupuestos Teóricos	Incluyendo al ambiente como variable elicitor de conductas, estiman que su impacto sobre el organismo no es directo ni siquiera mediatizado, sino interactuante con las propias variables de cada organismo.
Variables	<ul style="list-style-type: none"> - Analizan Variables ambientales, Variables del organismo y Variables de respuesta. - Tres niveles en la evaluación del organismo: Conductas cognitivas (los pensamientos, la interpretación del medio que efectúa el sujeto, las expectativas y los automensajes, habilidades o estrategias, motivaciones...), Conductas motoras y Conductas fisiológicas.
Objetivos	Análisis topográfico, explicación funcional y modificación de la conducta.
Técnicas	Observación-Autoobservación; Autoinformes; Registros psicofisiológicos.
Ámbitos de aplicación	Clínico (preferentemente), Escolar, Organizacional.

4).. d) <u>MODELO CONDUCTUAL INTEGRADOR-INTERACTIVO (TERCERA GENERACIÓN): EL CONDUCTISMO PARADIGMÁTICO</u>	
Orígenes	Staats.
Presupuestos Teóricos	<ul style="list-style-type: none"> - No acepta la linealidad en los determinantes de la conducta e incluye en su formulación variables situacionales, variables de persona, de respuesta y variables biológicas. - Tiende un puente entre el conocimiento conductista y el tradicional.
Variables	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones ambientales históricas de aprendizaje del sujeto y condiciones ambientales actuales. - Repertorios Básicos de Conducta (elementos que configuran la personalidad): Repertorio Lingüístico-Cognitivo, Sensorio-Motor y Emocional-Motivacional. - Condiciones biológicas pasadas y actuales. - Topografía de la conducta problema.
Objetivos	Explicación y modificación de la conducta.
Técnicas	Tests psicométricos de inteligencia y personalidad tradicionales; Autoinformes escritos y verbales (sobre emociones y pensamientos); Registros psicofisiológicos; Técnicas observacionales.
Ámbitos de aplicación	Clínico (preferentemente).
5).. <u>MODELO COGNITIVO</u>	
Orígenes	Avances electrónica y ordenador, Formulaciónes psicolingüísticas (Chomsky), Piaget, El enfoque de la interacción biológico-social soviético....

<p>Presupuestos Teóricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto es un agente activo, procesador de información del medio externo e interno. - La conducta es explicada en base a una serie de procesos y estructuras mentales internas, es una función del mundo cognitivo de la persona. - No se niega la importancia del aprendizaje, pero se admite cierta preprogramación y potencial biológico. - Cierta independencia del funcionamiento cognitivo con respecto a las variables del ambiente, considerando que el sujeto cuenta con planes, propósitos, programas de acción que excede a la conducta elicitada.
<p>Variables</p>	<p>Estudian variables cognitivas: Estructuras mentales, Procesos, Estrategias cognitivas empleadas para resolver tareas cognitivas... Funciones mentales superiores como la memoria o el lenguaje, representaciones, fases en el procesamiento de la información, procesos y estrategias...</p>
<p>Objetivos</p>	<p>Describir, explicar y predecir la conducta.</p>
<p>Técnicas</p>	<p>Autoinformes; Tests situacionales (simulación); Instrumentos de evaluación fisiológica (procedimiento cronométricos...); Baterías Neuropsicológicas.</p>
<p>Ámbitos de aplicación</p>	<p>Laboratorio, Escolar y Clínico (neurociencias....).</p>

5).. a) MODELO DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Orígenes	Fusión de la Psicología experimental con la Teoría y tecnología computacional (inteligencia artificial).
Presupuestos Teóricos	<ul style="list-style-type: none">- Analogía entre procesos computacionales y conceptos mentales, pero la igualdad no es virtual, ya que en el ser humano se da procesamiento lineal como en las máquinas, y otro tipo de procesamiento simultáneo o paralelo basado en el supuesto de que el sistema cognitivo humano posee una serie de estadios secuenciales para procesar la información.- Sujeto: Procesador activo de información procedente tanto del medio externo como interno.- Las capacidades innatas y los procesos internos como planes estratégicos, decisiones... toman relieve.- La organización de la cognición descansa en la articulación dinámica de estructuras cognitivas (redes, esquemas... con sustrato neurológico y cierta estabilidad) y procesos cognitivos
Variables	<ul style="list-style-type: none">- Estudian estructuras y procesos cognitivos.
Objetivos	Identificar estructuras y procesos cognitivos. Determinar las variables que influyen en unas y otros y sus complejas interrelaciones.
Técnicas	Análisis cronométricos, programas de ordenador, diagramas de flujo, técnicas de medida de tiempos de reacción, análisis de los movimientos oculares, mapeos cognitivos, procedimientos de medida de la memoria, técnicas taquistoscópicas...
Ámbitos de aplicación	Clínico, Educativo.

5).. b) LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Orígenes	Gall. Representantes: Benedet, Benton..
Presupuestos Teóricos	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de relaciones entre el cerebro (SNC) y las funciones psicológicas básicas (atención, percepción...) las superiores (razonamiento, memoria, resolución de problemas, lenguaje, imágenes mentales..) y aspectos emocionales, de personalidad... - Relaciones entre funcionamiento cerebral y conducta.
Variables	<p>Funciones psicológicas básicas y superiores.</p> <p>Estructuras y procesos cognitivos.</p> <p>Funcionamiento cerebral.</p>
Objetivos	<p>Estudiar las relaciones funcionales entre conducta y cerebro sustentándose en lo neurofisiológico y desde un punto de vista psicométrico y objetivo.</p> <p>Describir, identificar y establecer relaciones entre la organización cerebral y las actividades cognitivas, afín de explicar la conducta y predecirla.</p>
Técnicas	<p>Técnicas neurológicas importadas de la medicina: TAC, RMN, EEG, PE... Clásicos test o baterías neuropsicológicas: Luria-Christensen, Test de copia de una figura compleja de Rey, Test de Barcelona...</p> <p>Técnicas neuropsicológicas vinculadas al estudio de los procesos perceptivos de la información: Escucha dicótica, visión taquistoscópica...</p> <p>Técnicas psicológicas centradas en el análisis de los procesos cognitivos, memorísticos, atencionales, perceptivos...</p>
Ámbitos de aplicación	Clínico, Educativo. Investigación básica.

6. LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA.

Evaluación psicopedagógica = “la búsqueda sistemática de informaciones/datos con la finalidad de analizar la conducta que implica la situación intraindividual e interindividual del alumno en función de diferentes elementos (maestro, escuela, familia) que explican y delimitan los procesos de enseñanza/aprendizaje en situaciones educativas estructuradas/formales y en las menos estructuradas o informales”.

Modelo psicopedagógico actual

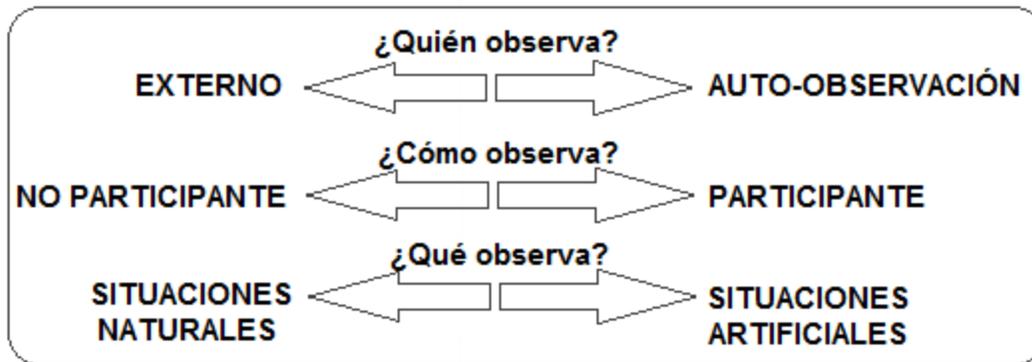
- 1) Recogida de información, tratamiento e interpretación de datos
- 2) Análisis y valoración de los mismos, encaminados a la elaboración de modelos funcionales explicativos del fenómeno de enseñanza/aprendizaje (diagnóstico)
- 3) Toma de decisiones relativas al tratamiento educativo del sujeto o sujetos
- 4) Comunicación de las conclusiones y decisiones
- 5) Seguimiento del programa de intervención.

Progresivamente se ha ido del término diagnóstico al de evaluación (más amplio y más cercano al profesor)

Mayor número de instrumentos de evaluación, escapando de la dictadura del modelo psicométrico y evitando el uso de los test fuera de contexto El referente de los resultados es un criterio (currículo), no una norma. Evaluación basada en el currículo.

7. LA OBSERVACIÓN.

Observación = “Conducta deliberada del observador (frente a la observación cotidiana y casual), cuyos objetivos van en la línea de recoger datos en base a los cuales poder formular o verificar hipótesis”.



La observación es **participante** cuando para obtener los datos, el investigador se incluye en el grupo, hecho o fenómenos para conseguir información “desde dentro”. La mayoría de las observaciones son **no participantes**.

Respecto al lugar de observación, encontramos: la **observación en situaciones naturales** (es la evaluación que se realiza en el ambiente ordinario, como son la escuela y la casa, en el que se desenvuelve el sujeto sin que se produzca ningún tipo de mediación del evaluador en provocar las actividades objeto de estudio) y la **observación en situaciones artificiales** (consiste en replicar artificialmente las situaciones naturales y observar las conductas del sujeto, como son los tests situacionales, el *role-playing*, etc. (laboratorio).

Las situaciones naturales gozan de más validez externa. En cambio, las situaciones artificiales gozan más de validez interna.

7.1. Unidades de análisis.

1) Continuo del comportamiento:

La observación, en lenguaje descriptivo, de los eventos conductuales que ocurren en un contexto natural en amplias unidades de tiempo.

No se realiza previa especificación de las conductas o atributos a observar.

Se observa en tiempo real y en forma continua.

Las descripciones se realizan sobre aspectos verbales, no verbales y/o espaciales.

2) Atributos (o constructos):

Características deducidas de la observación de la conducta manifiesta -verbal, no verbal o espacial.

La actividad manifiesta tiene relativo valor en sí misma y es elaborada y descrita en términos de un determinado atributo intrapsíquico.

En la observación de estas unidades suele utilizarse amplios intervalos temporales.

3) Conductas:

Utilización como unidad de análisis de la conducta manifiesta - motora o verbal- definida en términos simples o agrupadas en clases o categorías”.

Especificación previa de la conducta o clases de conducta a observar.

Mínimas inferencias por parte del observador.

4) Interacciones:

Relación secuencial entre dos eventos procedentes de dos o más personas o entre una persona y una dimensión ambiental.

Constituidas por influencias recíprocas existentes entre individuos o entre un individuo y un grupo o un determinado ambiente.

La observación de interacciones suele realizarse en unidades de tiempo previamente establecidas, adecuadas (temporalmente) a estas unidades de observación.

5) Productos de conducta:

Resultado de actividades internas o externas que los sujetos han realizado en situaciones tanto naturales como artificiales.

Medidas reactivas: producto de la demanda del evaluador.

Medidas no reactivas: erosión, huella, archivo.

7.2. Unidades de medida.

Se trata de los parámetros que se van a utilizar para describir cuantitativamente la unidad observada. La unidad de observación que utilizemos determinará la unidad de medida que seleccionemos

1) Ocurrencia:

El objetivo es constatar si un fenómeno se da o no. Por ejemplo, el tiempo.

2) Frecuencia:

Hace referencia al número de veces que tiene lugar un evento. Por ejemplo, el número de veces que un niño golpea a otro durante la jornada escolar; el número de desobediencias de un niño seguidas de la atención de la madre.

La frecuencia puede presentarse en número absolutos (ha pegado 20 veces) o en una tasa o porcentaje final (en un 90% de los días llega tarde a clase).

3) Duración:

Son tres las propiedades temporales que se pueden determinar:

- *Duración*: es el intervalo entre el comienzo y el final de una determinada actividad.
- *Latencia*: es el intervalo entre la presentación de un estímulo y el comienzo de una respuesta.
- *Intervalo Inter-respuesta*: es el intervalo entre las manifestaciones sucesivas observadas.

4) Dimensiones cualitativas:

Son dos las dimensiones o parámetros que se pueden tener en cuenta:

- *Intensidad o magnitud*: normalmente se mide mediante categorías ordinales (escalas), las cuales evalúan el grado en el que se manifiesta una conducta.
- *Adecuación*: hace referencia a la aprobación social de una conducta o a su grado de funcionalidad, es decir, hasta qué punto una actividad consigue los objetivos propuestos.

Frecuentemente se mide a través de los *aciertos o errores* que el sujeto obtiene al ejecutar una tarea. Esta forma de considerar las respuestas de un sujeto tan sólo es aplicable cuando se trata de observaciones sobre tareas que han de ejecutarse de una manera precisa y cuyo producto final es claramente *correcto o incorrecto*.

7.3. Criterios para el muestreo.

Los procedimientos de muestreo tienen como objetivo obtener muestras representativas de los eventos objeto de estudio. Cuando el investigador decide utilizar la observación y no es factible realizar registros continuos, se ha de plantear algunas cuestiones importantes:

- 1.- Durante cuánto tiempo se va a prolongar la observación (un día, una semana...)
- 2.- Con qué frecuencia va a observarse (una hora diaria, 14 minutos al día...)
- 3.- En qué momentos se van a iniciar y terminar los períodos de observación y si son constantes a lo largo de los períodos de observación o no (todos los días de 10 a 10,30 de la mañana, el primer día de 10 a 10,30, el segundo de 10,30 a 11, y así sucesivamente).
- 4.- Si se van a utilizar intervalos de tiempo para la observación y el registro (se observa durante 10 segundos y se registra durante los 15 segundos siguientes).

- 5.- Si se pretende tener constancia de lo que ocurre en distintas situaciones (en el acula, en casa, en el recreo, etc.).
- 6.- Si se trata de observar a un sujeto o a varios.

Todas estas cuestiones implican diferentes tipos de muestreo:

1) **Muestreo de tiempo:**

Se trata de decidir durante cuánto tiempo, con qué frecuencia y en qué momentos. Algunos aspectos a tener en cuenta son:

- *Duración:* La duración de la observación deberá ser inversamente proporcional a la frecuencia del evento observado.
- *Frecuencia:* Una extensión de 1 a 2 semanas de observación parece ser adecuada en el caso de que los eventos que se estudian sean de ocurrencia media.
- *Momentos:* Los períodos de observación deben depender no sólo del tipo de eventos a registrar, sino también de la complejidad del instrumento de registro utilizado.

2) **Muestreo de situaciones:**

Se utiliza con el fin de comprobar la generalidad de las conductas o su especificidad. Es decir, observar si el comportamiento varía a través de las situaciones o contexto, o por el contrario, es estable a través de distintas situaciones. Se deberá establecer un listado de todas las situaciones posibles, muestreándolas.

3) **Muestreo de sujetos:**

Se lleva a cabo cuando el objetivo de la observación no está relacionado con las conductas de un solo sujeto (o sus interacciones) sino de un grupo de individuos.

Será necesario muestrear los sujetos cuando se desee observar a un menor número del total de individuos de los que se quiera tener información.

7.4. Técnicas de registro.

La estructuración del sistema de observación permite la replicabilidad y el control de los resultados.

1) **Registros narrativos:**

Los etólogos, psicólogos sociales, ecólogos y fenomenólogos suelen efectuar minuciosos registros narrativos de lo observado. Tales registros presentan un formato flexible para permitir recoger muy diferentes características y modalidades de las actividades. El observador se limita a tomar nota escrita u oral (a través de un magnetófono) de lo que va ocurriendo en la situación de observación.

Ejemplo (en Medinnus, 1979):

René dice repetidamente “quiero un vaso de leche”.

*Se da la vuelta al ver a su madre mientras le pide el vaso de leche.
La madre va al frigorífico.
Está a punto de abrir éste cuando se arrepiente.
Se dirige al lugar donde está Pedro.
Se inclina cariñosamente hacia él y le da un beso en el cuello.
Pedro le responde con una sonrisa, como si estuviera satisfecho de atraer la atención de su madre.*

Fuentes de error:

- Los observadores pueden utilizar distintas descripciones verbales para una misma conducta o patrón de conductas.
- Puede llegar a categorizarse o a dar distinta significación a los mismos eventos.

2) Escalas de apreciación (o de estimación):

Se utilizan cuando se pretende la cuantificación, calificación o clasificación de las actividades de un sujeto según específicas conductas, dimensiones o atributos previamente establecidos. Se basan en técnicas escalares (e.g., Likert).

Ejemplo:

¿A su hijo le sucede que...?

1). Pierde tiempo en vestirse

1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. A menudo 5. Siempre

3) Catálogos o protocolos de conducta (listas de rasgos):

Contienen una serie bien especificada de conductas, encuadradas o no en clases y con o sin indicación de antecedentes o consecuentes ambientales de las mismas.

Los registros más frecuentemente utilizados son:

- *Registros de conductas:* se agrupan una serie de eventos conductuales bien definidos que el evaluador supone son relevantes al caso que se está estudiando, sin pretender ser exhaustivo en la observación. Generalmente se utiliza en diseños de caso único y son construidos ad hoc para él.

	MAÑANA						TARDE						NOCHE					
	Levanta	Arreglo	Comida	Va colegio	En casa	Otras	Comida	Aseo	Juego	De compras	Con visitas	Deberes	Otras	Comida	Arreglo	TV	Acostarse	Al dormirse
No presta atención																		
Discute																		
No obedece																		
Llora																		
Pega																		
Rompe algo																		

- *Matrices de interacción:* se utilizan únicamente para la constatación de las interacciones que se producen entre el ambiente y la conducta, es decir, de las relaciones funcionales entre antecedente-respuesta o respuesta-consecuente.
-

Día.....Observador.....				
MUJER				
MARINO	Verbalización positiva	Verbalización negativa	No respuesta	TOTAL
	Alabanza			
	Critica			
	Comentario neutro			
	TOTAL			
(Haynes, 1978, p. 114)				

4) Códigos o sistemas de categorías:

- I+ → *Instrucción positiva*: órdenes directas o indirectas (fórmulas de cortesía). La orden debe ser específica y tener un referente concreto. Debe poder ser cumplida inmediatamente. Sólo puede ser registrada una orden.
- I- → La *instrucción* se considera *negativa*, ya sea por el contenido (amenazas), tono de voz (gritos) o por la conducta del que habla (golpear, gestos amenazantes, etc.).
- S+ → *Atención social positiva*: cualquier intento de contacto físico con el sujeto, verbalizaciones o contacto visual que implique aceptación y reconocimiento (sonrisas, etc.).
- S- → La *atención social* se considera *negativa* en razón del tono de voz, contenido o conducta del que habla. La atención social puede proceder de adultos (Sa) o niños (Sn)..

	I+	I-	Sa +	Sa-	C	O	O-	Q
1								
2								
3								
.								
.								
n								

5) Registros de productos de conducta:

Los resultados que se obtienen en cualquier test de inteligencia o aptitudes, tests de rendimiento académico, pruebas de socialización, medida de la productividad laboral (e.g., a través del número de piezas realizadas en unidad de tiempo), etc., que se registran mediante protocolos pueden ser considerados registros de productos.

6) Procedimientos automáticos de registro.

7.5. Elaboración de un sistema de categorías.

Recomendaciones (Anguera):

- 1.- Detenido análisis conceptual: parad a la hora de definir conceptos porque sino se dará lugar a malos entendidos.
- 2.- Distinción entre categorías moleculares y molares: tener claro que es una conducta irreductible al hecho de estar nervioso, lo cual es una conducta molar.
- 3.- Tamaño y cantidad de categorías.
- 4.- Coincidencia entre personas sobre la categorización de una conducta: todos los miembros del grupo tienen que estar de acuerdo
- 5.- Definición inequívoca (sensibilidad):
- 6.- Utilización de coeficientes α (razón de ocurrencia de un intervalo)

Parrilla estándar de como se tiene que elaborar un código de observación (por columnas van las categorías y por filas los intervalos):

	C1	C2	C3	C4	...	Ck
I1						
I2						
I3						
...						
Ii						
	$\Sigma C1$	$\Sigma C2$	$\Sigma C3$	$\Sigma C4$	$\Sigma C...$	ΣCk

$$\alpha_i = \frac{\Sigma C_i}{n}, \quad C = \text{Cualquier categoría}$$

$n = n^{\circ}$ de intervalos

- **Conductas morales:** se descomponen en conductas moleculares. (Ej.: tiene ansiedad, juega a la máquina)
- **Conductas moleculares:** aquellas que se ven y se pueden observar. Son directamente observables e irreductibles, por tanto, son objetivables. Lo que hace operativa la observación son la observación de conductas moleculares, ya que no hay una subconducta menor que esa (Ej.: mete una moneda, se cae una lagrima)

Para elaborar un sistema de categoría es necesario:

1. Anotar las conductas varias de manera asistemática.

2. Buscar un criterio para clasificar las conductas, y así poderlas agrupar en categorías.
3. Extraer las conductas moleculares y morales, para posteriormente definir las y así poder evitar los equívocos a la hora de interpretarlas. Al operativizar, hacemos que los conceptos signifiquen lo mismo para todos.
4. Se organizan las conductas en las diversas categorías establecidas, reuniendo a su vez las moleculares y morales.

Elaboración de un sistema de categorías (ejemplo) (1)

Situación de observación de una entrevista de selección grabada en video. Observaciones realizadas después de un registro asistemático:

Mira a su interlocutor	Levanta el brazo
Mueve los pies	Cara de cansancio
Cara seria y concentrada	Mueve la cabeza negativamente
Vuelve la cabeza hacia atrás	Gesto de perplejidad
Suspira	Se incorpora
Cara de asombro	Pone el dedo en la nariz
Mueve los pies con nerviosismo	Hace mueca con los labios
Cambia las piernas de posición	Se rasca el brazo
Se inclina hacia atrás	Expresión de concentración
Observa alrededor	Se pone serio
Se inclina hacia adelante	Cara de extrañeza
Sonríe	Se ríe
Muerde los labios	Se coloca erguido
Mueve las manos lentamente	Etc.

Elaboración de un sistema de categorías (ejemplo) (2)

Primera clasificación provisional (rasgos) después de revisión.

Faciales	Gestuales	Posturales	No clasificados
Mira a su interlocutor Cara seria y concentrada Sonríe Se muerde los labios Cara de asombro Cara de cansancio Hace mueca con los labios Expresión de Concentración Se pone serio Cara de extrañeza Se ríe	Vuelve la cabeza hacia atrás Observa alrededor Mueve las manos lentamente Levanta el brazo Mueve la cabeza negativamente Gesto de perplejidad	Mueve los pies Mueve los pies con nerviosismo Cambia las piernas de posición Se inclina hacia delante Se incorpora Se coloca erguido	Suspira Pone el dedo en la nariz Se rasca el brazo

(4)**Elaboración de un sistema de categorías (ejemplo).****PROCESO DE CATEGORIZACIÓN**

Expresiones faciales					Gestos								Postura			
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	
Molecular		Molar			Molecular						Molar					

A= Mirar: dirigir la vista hacia alguien o algo.

B= Movimientos de boca: todos los producidos por labios, lengua y mandíbula.

C= Cara de preocupación: configuración global del rostro que denota ansia o quimera.

D= Cara de extrañeza: configuración global del rostro que denota asombro.

E= Cara de cansancio: configuración global del rostro que denota agotamiento o sus síntomas.

F= Levantamiento de mano: elevar una o ambas manos en cualquier dirección.

G= Levantamiento del brazo: elevar uno o ambos brazos en cualquier dirección.

H= Movimiento de pies: incluidos todos.

I= Movimiento de piernas: incluimos todos, cualquiera que sea la forma de producirse.

J= Movimiento suave de cabeza: en cualquier dirección.

K= Cabeceo: movimiento insistente de la cabeza, en la misma dirección.

L= Gestos globales: comprende tanto los armónicos (cuando se dan distintos movimientos de forma equilibrada) como los bruscos (cuando uno o varios aparecen repentinamente y en forma descompensada).

M= Espalda erguida: movimientos que llevan a poner la espalda vertical.

N= Espalda encorvada: movimientos que llevan a poner la espalda hacia adelante, doblada.

O= Postura de equilibrio: armonía en los movimientos o situación estable de todo el cuerpo.

P= Conductas no clasificadas (anotaciones al margen).

(3)

7.6. Garantías científicas.

7.6.1. Fuentes de error.

(Que puede fastidiar la observación)

1) Procedentes del sujeto observado

- *Reactividad*: “modificación del comportamiento por el hecho de ser observado”. (se da un cambio del comportamiento cuando sabes que eres observado, a esto le llamamos reactividad.

Somos reactivos.)

Recomendaciones:

- Observadores participantes siempre que sea posible (que sean del grupo para que así no sospechen de que son observados).
- Dispositivos ocultos y/o a distancia (como, por ejemplo, cámaras de televisión, magnetófonos, etc.).
- Planificar período de habituación, desechando primeras observaciones (se desechan las primeras observaciones/ no se coge nota de las conductas hasta que se adapten a la nueva situación).
- Utilizar observaciones “*unobtrusive*” (=discreto); productos de conducta, observaciones simples.

2) Procedentes del observador:

- *Grados de participación*: según se trate de un observador no participante, un observador participante o una persona allegada al sujeto se pueden introducir sesgos en la observación.
 - No participante
 - Ajeno (y experto) pero participante
 - Allegado entrenado
- *Expectativas*: el observador puede introducir involuntariamente sesgos en distintos momentos del proceso (al elegir el sistema de observación, al registrar las conductas o categorías, etc.).
 - Utilizar observadores entrenados ajenos a la planificación del caso.
 - Observadores allegados al sujeto, no contaminados con las expectativas del evaluador (las expectativas del que observa pueden determinar las propias observaciones)
- *Entrenamiento*: la falta de entrenamiento lleva a los observadores a cometer errores, sobre todo, de tiempo y de interpretación. Pero también, la confianza en el entrenamiento y la experiencia puede inducir a errores.
 - Alcanzar altos niveles de acuerdo entre observadores.
 - Alcanzar acuerdos con un criterio previamente establecido (un protocolo estándar puntuado por jueces expertos)

3) Procedentes del sistema de observación (del sistema de categorías que se ha elaborado)

- Claridad en las definiciones conductuales (si está mal definido dará lugar a malas interpretaciones)
- Número de categorías conductuales (no deben haber muchas, ni pocas)
- Código estándar
- Observación previa a la utilización de atributos (antes de escribir las categorías tiene que haber una observación previa para que sean adecuadas)

7.6.2. Índices de concordancia.

(Fiabilidad interjueces) (Intentan dar fiabilidad a la observación)

1) Índice de concordancia en base al orden (Scott)

Estudia el grado de concordancia *inter* o *intra* observador en el *orden* o *secuencia de registro* de las diferentes conductas. Cuando dos observadores observan lo mismo se pueden dar desacuerdos y acuerdos, y para que sea fiable se hace la primera formula.

$$\frac{P_0 - P_e}{1 - P_e} \quad P_0 = \frac{\text{Número de acuerdos}}{\text{Número de acuerdos} + \text{Número de desacuerdos}}$$

$P_e = \sum P_{e_i}(1 \text{ y } 2)$ La proporción correspondiente a la suma de ocurrencias de ambos observadores para cada una de las categorías y con relación al total.

2) Índice de concordancia en base a la frecuencia (Hopskins y Hermann)

Estudia el grado de concordancia entre los observadores respecto a la frecuencia de una conducta.

$$C_{global} = \frac{O_{1y2} + N_{1y2}}{T} \quad C_{global\ aleatoria} = \frac{(O_1 \times O_2) + (N_1 \times N_2)}{T^2}$$

C neta = C global - C aleatoria

O_{1y2} = nº de intervalos en que ambos observadores registran la respuesta como ocurrencia.

N₁ y N₂ = nº de intervalos en que ambos observadores registran la respuesta como una no ocurrencia.

T = nº total de intervalos.

O_i = nº de intervalos en el observador *i* registra la respuesta como ocurrencia

N_i = nº de intervalos en el observador *i* registra la respuesta como una no ocurrencia

3) Concordancia en base a la duración (Cohen)

Se trata de comprobar la concordancia entre observadores cuando se utiliza como unidad de medida la duración de la conducta observada.

$$p_0 = \frac{P_0 - p_e}{1 - p_e} \quad p_0 = \frac{\text{Número de acuerdos}}{\text{Número de acuerdos} + \text{Número de desacuerdos}} \quad p_e = \sum_1^k (P_1 \times P_2)$$

P_i = proporción de unidades de tiempo correspondientes al observador *i*

k = nº de categorías

7.6.3. Otros índices.

- **Índice de estabilidad (r de Pearson):** Cuando las medidas observadas son cuantitativas tiene más sentido utilizar la correlación de Pearson.
- **Validez interna** = el control exquisito sobre las variables independientes para poder establecer correlaciones.
- **Validez externa (ecológica)** = hace referencia a que lo que observábamos y a las conclusiones que lleguemos se puedan establecer en la realidad. En este caso nos interesa saber si los datos recogidos en una situación artificial se pueden generalizar a la vida real. Por otro lado, hasta qué punto la conducta de un sujeto se presenta también en otras situaciones.

8. ENCUESTAS Y ENTREVISTAS.

8.1. LAS ENCUESTAS.

= Es la técnica de recogida de datos más utilizada. Pretende conocer lo que hacen, opinan o piensan los encuestados mediante preguntas realizadas por escrito y que pueden ser respondidas sin la presencia del encuestador.

Determinar los indicadores de las respuestas es de gran complejidad, para hacerlo:

- ◆ delimitar exhaustivamente el campo de estudio
- ◆ elaborar una preencuesta abierta para recoger opiniones que serán la guía para la formulación posterior.

Se deberán realizar suficientes preguntas para que queden reflejados todos los aspectos importantes según el propósito de la encuesta.

8.1.1. FASES.

(Buendía): Se especificarán:

- 1) Las cuestiones con **datos** de identificación y clasificación (Ej.: edad, nivel de estudios, estado civil...).
- 2) El **tipo de preguntas** más adecuado:
 - Son preferibles las respuestas cerradas
 - Y en caso de ser abiertas deben ser de respuesta breve, dejando un espacio al final que permita hacer comentarios al que lo desee.
- 3) El **orden** de las preguntas y la disposición en el cuestionario:
 - Primero las más interesantes
 - Evitar colocar juntas preguntas que la respuesta a una de ella pueda influir en la otra.
- 4) El **número** de preguntas: sólo las necesarias.
- 5) Determinar las preguntas de “**alivio**”: son las que pretenden evitar:
 - La monotonía y el cansancio.
 - Facilitar el cambio de tema.
- 6) **Redacción** de las preguntas: deben ser:
 - Claras y sencillas.
 - De lenguaje apropiado al destinatario.
- 7) Determinar los **aspectos formales**, como:
 - Clase, color y tipo de impresión.
 - Espacios destinados a la respuesta.

- Tipo de codificación...
- 8) Redactar los **escritos** que deben acompañar al cuestionario:
 - Carta dirigida al encuestado.
 - Instrucciones para cumplimentarlo.

8.1.2. REALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO.

Se puede entregar:

1) Directamente.

La presencia del entrevistador:

- Permite:
 - Explicar los **objetos de estudio**.
 - Realizar una **primera lectura** y preguntar dudas.
- Es de **gran utilidad** cuando contestan un **grupo** de personas, con poco gasto de tiempo y dinero se recoge una información precisa.
- Es conveniente fijar una fecha para pasar a recogerlo.

2) Mediante correo.

Principal problema → **baja tasa de respuesta.**

Factores que influyen:

- Longitud del cuestionario.
- Claridad de las preguntas.
- Tema tratado.
- Credibilidad de la persona que lo dirige o institución que lo respalda.
- Personalización de la carta de presentación.
- Posibilidad de incentivos económicos.
- Disponibilidad anónima de la información recogida al finalizar la investigación.

Para aumentar la tasa de respuesta:

- **Haberlein y Baumgartner, 1978:**
 - Repetir envió varias veces.
 - Realizar un seguimiento.
- **Dillman, 1983:**
 - 1) La carta de presentación deberá incluir:
 - ◆ utilidad social de la investigación.
 - ◆ importancia de la respuesta personal.
 - ◆ persona que debe rellenar el cuestionario.
 - ◆ el membrete de la institución que respalda el estudio
 - ◆ fecha y firma del responsable de la investigación.
 - ◆ número de identificación, si se marca el cuestionario.

- 2) La carta, el cuestionario, y un sobre con el sello y la dirección del responsable se incluyen en otro sobre con la dirección del destinatario.
- 3) En breve espacio de tiempo, una semana, se envía una carta recordatorio y a las tres semanas de nuevo a los que no han contestado. (si la tasa de respuesta es baja).

8.1.3. VENTAJAS Y LIMITACIONES.

- No se necesitan personas preparadas para la recogida de información.
- Respuestas pueden ser más meditadas, al no exigir tiempo de realización.
- Mayor libertad expresión, no coacción por la presencia del entrevistador.
- Por correo suele perderse un 30% de cuestionarios
- No puede contestarlo todo el mundo (analfabetismo funcional, patología, etc.)

8.2. LA ENTREVISTA.

Consiste en la recogida de información a través de un proceso de comunicación, en el transcurso del cual el entrevistado responde a cuestiones, previamente diseñadas en función de las dimensiones que se pretenden estudiar, planteadas por el entrevistador.

TIPOS DE ENTREVISTA				
	ESTRUCTURADA (estudios por encuesta)	SEMIESTRUCTURADA	NO ESTRUCTURADA (investigación cualitativa)	
	Se realiza partiendo de un cuestionario previamente elaborado		La más utilizada en estudios exploratorios.	
	Requiere entrevistadores muy entrenados		Requiere una alta preparación del entrevistados (ir creando cuestiones sin olvidar el objetivo).	
Características	Inflexibilidad en: - Las cuestiones a plantear. - El orden. - La presentación de las preguntas.	Más flexible y abierta.	Flexibilidad total , libertad en: - Formular contenido. - Número y secuencia de preguntas.	
	Pretende explicar más que comprender		Pretende comprender más que explicar.	
	Busca minimizar los errores.		Busca maximizar el significado.	
	Adopta el formato de estímulo-respuesta , suponiendo que contesta con la verdad.		No espera respuesta objetivamente verdadera, sino subjetivamente sincera (formato estímulo-respuesta).	
	Obtiene respuestas racionales , pero pasa por alto la dimensión emocional		Se dispone de un guión que puede modificarse, manteniendo el objetivo y los puntos sobre los que se quiere obtener información.	Obtiene con frecuencia respuestas emocionales .
Entrevistador	Formula una serie de preguntas con una serie de respuestas prefijadas entre las que elegir.		Formula preguntas sin esquema fijo de categorías de respuesta.	
	Controla el ritmo de la entrevista siguiendo un patrón estandarizado y directo.		Controla el ritmo de la entrevista en función de las respuestas del entrevistado.	
	No da explicaciones largas del trabajo.	El entrevistador puede alterar: *El orden *La forma *El numero de las preguntas	Explica el objetivo y motivación del estudio.	
	No altera el orden ni la formulación de las preguntas.		Altera con frecuencia el orden y forma de las preguntas , añadiendo nuevas si es preciso.	

	<p>No permite interrupciones ni intervención de otras personas en las respuestas.</p>		<p>Permite interrupciones e intervención de terceros si es conveniente.</p>
	<p>Su papel es de rol neutral (no expresa sus opiniones).</p>		<p>Si es requerido, no oculta sus sentimientos ni juicios de valor.</p>
	<p>Nunca improvisa el contenido o la forma de las preguntas.</p>		<p>Explica cuanto haga falta del sentido de las preguntas.</p>
	<p>Establece una relación equilibrada que implica familiaridad e impersonalidad al mismo tiempo.</p>		<p>Con frecuencia improvisa el contenido y la forma de las preguntas.</p>
	<p>Adopta el estilo de oyente interesado, pero no evalúa las respuestas dadas.</p>		<p>Establece una relación equilibrada entre familiaridad y profesionalidad.</p>
	<p>Adopta el estilo de oyente interesado, pero no evalúa las respuestas dadas.</p>		<p>Adopta el estilo de oyente interesado pero no evalúa las respuestas.</p>
Entrevistado	<p>Todos reciben el mismo conjunto.</p>		<p>Cada entrevistado recibe su propio conjunto de preguntas.</p>
	<p>Escuchan las preguntas en el mismo orden y formato.</p>		<p>El orden y formato pueden diferir de uno a otro.</p>
Respuestas	<p>Son cerradas al cuadro de categorías preestablecido.</p>		<p>Son abiertas, sin categorías preestablecidas.</p>
	<p>Grabadas conforme al sistema de codificación previamente establecido.</p>		<p>Grabadas conforme a un sistema de codificación flexible y abierto a cambios.</p>
Ventajas	<p>Reduce los sesgos del entrevistador.</p>		<p>Permite al entrevistador indagar y hacer aclaraciones.</p>
Limitaciones	<p>Impide indagar al entrevistador con cuestiones complementarias.</p>		<p>Aumentar la posibilidad de sesgos del entrevistador.</p>
	<p>No puede pedir aclaraciones.</p>		
	<p>No puede aclarar respuestas ambiguas.</p>		

8.2.1. FASES DE ELABORACIÓN DE LA ENTREVISTA.

1) Preparación de la entrevista.

- Determina el éxito de esta.
- Cualidades que debe ofrecer al entrevistado:
 - aceptación.
 - comprensión.
 - sinceridad.
- Lugar alejado del ruido y de miradas indiscretas.
- Ambiente acogedor y relajante.
- Se debe comunicar al entrevistado la confidencialidad y anonimato de la información que facilite.
- El entrevistado debe conocer el objetivo y los motivos de la realización de la entrevista.
- Debe haber un guión con los objetivos y aspectos a tratar.

2) Ejecución de la entrevista.

- El entrevistador debe presentarse y explicar los objetivos.
- Realizar las preguntas de forma más natural posible (no interrogatorio).
- Entre pregunta y pregunta no debe mediar tiempo, introducir “de acuerdo”, “le escucho”.
- Prestar más atención al entrevistado que a la encuesta.
- Si la entrevista es en grupo:
 - no introducir cambios en el momento de las preguntas.
 - evitar las opiniones personales del investigador.
 - evitar variaciones del significado de las preguntas.

3) Conclusiones.

- Es recomendable ir tomando notas precisas durante la entrevista y si es posible grabarse.
- Para evitar:
 - El olvido de datos importantes.
 - Distorsión en el recuerdo por elementos subjetivos que se proyectan en la reproducción de situaciones.
- Finalizar con clima de cordialidad (evitar desconfianza en el sujeto).

9. LA INTELIGENCIA.

9.1. LA INTELIGENCIA: DEFINICIÓN.

→ = Cualidad mental que consiste en la capacidad para aprender de la experiencia, resolver problemas y utilizar el conocimiento para adaptarse a las situaciones nuevas.

→ = Aptitud de las personas para desarrollar pensamiento abstracto y razonar, comprender ideas complejas, resolver problemas y superar obstáculos, aprender de la experiencia y adaptarse al ambiente. Competencia humana para desarrollar pensamientos analítico-rationales.

9.2. BREVE RECORRIDO HISTÓRICO.

9.2.1. AUTORES CLÁSICOS MÁS DESTACADOS.

▲ **Alfred Binet (1857-1911):**

- Considerado el creador de **los primeros estudios sobre la inteligencia.**
- Propuso un **método de ejecución** en el cual la inteligencia se calculaba sobre la base de tareas que exigían comprensión, capacidad aritmética, dominio del vocabulario, etc.
- Fue el introductor del concepto de **edad mental**. Este concepto llevó más adelante al de **cociente de inteligencia.**
- Contribuyó notablemente al **psicodiagnostico.**

▲ **Lewis Terman (1877-1956):** Psicólogo americano.

- Fue el introductor del término **cociente intelectual (CI)**, índice de medida de la inteligencia tanto para niños como para adultos.
- **Revisó** los tests de inteligencia de Alfred Binet y Théodore Simon.

9.2.1.1. **OTROS AUTORES.**

Son muchos los investigadores dedicados el estudio y medición de la capacidad intelectual, algunos de los más representativos son:

- 1) **Louis Thursthone**
- 2) **Howad Gardner**

▲ **Louis Thursthone (1887- 1955).**

Considerado uno de los mayores representantes de la medición mental dentro de la corriente funcionalista. Realizó grandes aportaciones a la medición de la inteligencia y de las actitudes sociales. Fue el primero en aplicar el análisis factorial, como técnica matemática estadística a la investigación psicológica. Defendió la explicación de la inteligencia como conjunto de siete capacidades o factores, también identificables mediante el análisis factorial.

▲ **Howard Gardner (1943 -):**

Psicólogo norteamericano. Conocido por su teoría de las inteligencias múltiples. En la actualidad es codirector del Proyecto Zero en la Escuela Superior de Educación de Harvard, donde además imparte clases de educación y de psicología; también es profesor de Neurología en la Facultad de Medicina de Universidad de Boston.

9.3. **TEORÍAS DE LA INTELIGENCIA.**

Las principales teorías sobre inteligencia pretenden dar respuesta a una serie de preguntas que los investigadores se han ido formulando:

- ¿Se trata de una capacidad general o de varios factores específicos?; Y, si hay más de uno, ¿qué grado de correlación guardan entre ellos?

- ¿La inteligencia cambia o permanece estable a lo largo de la vida? ¿En qué medida son innatas y adquiridas? ¿Uno nace inteligente o se hace inteligente a lo largo de la vida?
- ¿Reflejan una aptitud cognitiva básica y abstracta o contenidos adquiridos en la escolarización? ¿En qué medida predice el éxito académico, profesional y, en general, en la vida?
- ¿Puntúan más las mujeres o los hombres?
- ¿Es cuestión de velocidad de procesamiento de la información?, ¿Responde solamente a una dimensión intelectual y racional o depende también de otras vertientes psicológicas, como la afectiva?
- ¿Cómo se puede medir la inteligencia?

9.3.1. ¿CAPACIDAD GENERAL O CAPACIDADES ESPECÍFICAS?

Los investigadores usaron el **enfoque** que el **análisis factorial** les ofrecía para responder a esta ¿?.

$$\left(\begin{array}{l} \textit{Análisis factorial} = \text{método estadístico que identifica grupos de elementos} \\ \text{(factores) que guardan relación entre ellos en un test.} \end{array} \right)$$

- ▲ **Charles Spearman** fue uno de los principales impulsores del **análisis factorial** aplicado al estudio de la inteligencia. Consideraba que existía una inteligencia general (**factor g**) que subyacía a los factores específicos.
- ▲ **L.L. Thurstone** fue su gran opositor, utilizando la misma técnica identificó ocho grupos de “**capacidades mentales primarias**”.

Un análisis más profundo del estudio de Thurstone reveló la existencia de una tendencia leve, entre los que habían destacado en uno de los ocho grupos, a tener buenos resultados también en el resto de capacidades; lo cual les llevó a pensar que existía cierta evidencia de la existencia del factor general.

La controversia generada por el debate entre los **defensores de una capacidad general y los defensores de capacidades específicas** sigue vigente en la actualidad.

- ▲ **Howard Gardner**: A través del estudio de las personas con lesiones cerebrales o los sujetos que sufren el denominado síndrome del sabio postuló la idea de que los seres humanos poseemos múltiples inteligencias, cada una de ellas relativamente independientes del resto.

- ▲ **Robert Stenberg:** Aún coincidiendo con el planteamiento de Gardner, sólo distingue tres tipos diferenciados de inteligencia:
 - **Analítica:** evaluada a través de los test de inteligencia que presentan problemas bien definidos y de única respuesta correcta.
 - **Creativa:** vinculada a las demostraciones de adaptación de las personas frente a situaciones nuevas.
 - **Práctica:** mostrada en la realización con éxito de tareas cotidianas que suelen estar mal definidas y presentan múltiples posibles soluciones.

9.3.2. ¿REFLEJAN UNA APTITUD COGNITIVA BÁSICA Y ABSTRACTA O CONTENIDOS ADQUIRIDOS EN LA ESCOLARIZACIÓN? ¿EN QUÉ MEDIDA PREDICE EL ÉXITO ACADÉMICO, PROFESIONAL Y, EN GENERAL, EN LA VIDA?

Algunos de los defensores de las múltiples inteligencias hablan de **capacidades desvinculadas de los conocimientos escolares** e incluyen capacidades de tipo **abstracto** e incluso de tipo **creativo**.

La inteligencia analítica (se mide con los test de inteligencia) de Stenberg habla de **predicción del rendimiento escolar** (como hiciera Binet en sus primeros estudios), sin embargo, otros tipos de inteligencia formulados nos hablan de **éxito** en general.

- *Ej.:* Imagine que fuera una persona muy hábil en la solución inmediata de silogismos, y, sin embargo no fuera capaz de analizar las situaciones de su vida laboral, ¿se consideraría una persona con éxito? ¿se plantearía de qué le sirve resolver silogismos si no sabe resolver los problemas laborales?

9.3.3. ¿LA CREATIVIDAD ES UNA MEDIDA DIRECTA DE INTELIGENCIA?

La inteligencia mide un **cociente intelectual (CI)**. Para determinar el CI, se divide la edad mental por la edad cronológica.

$$CI = \frac{EM}{EC} \times 100$$

Aproximadamente, sabemos que el 95% central de la inteligencias se encuentran entre CI 70 y CI 130. Por debajo de 70 están considerados los deficientes mentales, y por encima de 130, se

considera la gente que tiene superdotación. Además, hay un 2'5 % de posibilidades de que una persona sea superdotada y otro 2'5% de posibilidades de que una persona sea deficiente mental.

→ Los estudios realizados muestran cierta **asociación entre inteligencia y creatividad**, pero, en torno a un CI de **120** esta asociación **disminuye**.

→ En la **creatividad**, a parte de la inteligencia intervienen otros **factores** (*Stenberg*):

-
- La competencia.
- Las habilidades del pensamiento imaginativo.
- Una personalidad audaz.
- La motivación intrínseca.
- Un entorno creativo.

9.3.4. ¿CÓMO MEDIR LA INTELIGENCIA?

Cuestión difícil de abordar teniendo en cuenta que la **inteligencia** es un *concepto abstracto que refiere a la capacidad de aprender de la experiencia, resolver problemas y adaptarse a situaciones nuevas*.

Algunos autores se han preguntado sobre la posibilidad de medirla neurológicamente:

9.3.4.1. ¿EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE EL TAMAÑO DEL CEREBRO Y LA COMPLEJIDAD DEL CEREBRO?

- Algunos estudios detectaron una leve correlación entre el **tamaño de la cabeza** (en términos proporcionales al cuerpo) y la **puntuación en los test** de inteligencia; y una correlación algo más destacada entre el **tamaño del cerebro** y la puntuación en los test de inteligencia.
- Otros estudios enfocan la cuestión desde el análisis de las sinapsis cerebrales, las personas **más inteligentes** mostrarían **más sinapsis** cerebrales.

(Dichos estudios todavía resultan pioneros, habrá que esperar nuevas investigaciones).

9.3.5. ¿DEPENDE LA INTELIGENCIA DEL FUNCIONAMIENTO CEREBRAL?

Ciertos estudios han conseguido localizar las zonas cerebrales que se activan en la realización de los test de inteligencia: **lóbulo frontal**.

Incluso hablan de activación en el cerebro izquierdo para las preguntas de contenido verbal y activación de ambos lados cerebrales para preguntas de contenido espacial (Duncan and col., 2000).

- **Velocidad de procesamiento:** Hunt (1983) halló que las puntuaciones de inteligencia verbal se pueden predecir a partir de la velocidad con que las personas recuperan la información de la memoria.
- **Velocidad perceptiva:** Muchos estudios revelan una asociación entorno al 0.4/0.5 entre la puntuación de la inteligencia y la velocidad de entrada de la información perceptiva.
- **Velocidad neurológica:** Algunos estudios han observado que las personas que muestran inteligencia superior también muestran, a través de sus ondas cerebrales, un registro de estímulos simples de manera más rápida y más compleja.

9.3.6. ¿PODEMOS MEDIR LA INTELIGENCIA A TRAVÉS DE LOS TESTS?

Teniendo en cuenta que la inteligencia es un concepto abstracto, precisamente para materializarla usamos los test, es decir: la inteligencia es lo que miden los test de inteligencia.

9.3.7. ¿PODEMOS CONTROLAR LA EVOLUCIÓN DE UN SUJETO A NIVEL DE INTELIGENCIA? ¿LA INTELIGENCIA CAMBIA O PERMANECE ESTABLE A LO LARGO DE LA VIDA? (Una vez que obtenemos puntuaciones de inteligencia de un sujeto).

- Muchos investigadores han mostrado interés por la predicción del comportamiento inteligente de las personas en base a lo observado en sus primeros meses de vida. Los resultados no han sido concluyentes y muchos de los investigadores atribuyen la falta de resultados a la falta de instrumentos de evaluación adecuados para dicho estudio.
- Algunas observaciones han mostrado las siguientes asociaciones:
 - Las observaciones antes de los 3 años de edad no predicen aptitudes futuras.
 - A partir de los 4 años los resultados en los test de inteligencia empiezan a predecir comportamiento futuro.
 - Una vez superados los 7 años (“pico creatividad”) las puntuaciones tienden a estabilizarse.

9.3.8. ¿EN QUÉ MEDIDA SON INNATAS Y/O ADQUIRIDAS? ¿SON LOS HOMBRES Y LAS MUJERES IGUALES EN EL CAMPO DE LA INTELIGENCIA?

Ambas posturas: **genetistas** y **ambientalistas** han encontrado resultados positivos que les permiten defender sus opiniones.

La **contribución genética** en el campo de la inteligencia aporta cinco grandes evidencias (Myers, 2006):

- Gemelos monocigóticos criados juntos muestran puntuaciones de inteligencia muy similares.
- Gemelos monocigóticos criados en ambientes separados también muestran puntuaciones de inteligencia casi idénticas.
- Los estudios por imágenes cerebrales demuestran que los gemelos monocigóticos tienen un volumen similar en materia gris y casi igual en las áreas cerebrales asociadas con la inteligencia.
- Entre la gran cantidad de genes que se combinan para influir en la inteligencia, se ha identificado recientemente uno ubicado en el cromosoma 6.
- Implantando en ratas fértiles un gen extra se han obtenido ratones más inteligentes.

Los estudios sobre las **influencias ambientales** en la inteligencia se centran en:

- Los efectos de la intervención temprana y los efectos de la escolarización; sus resultados muestran diferencias significativas entre los sujetos que disponen de recursos suficientes y los que no acceden a ellos lo cual demuestra que las experiencias de vida influyen de forma significativa en el rendimiento de los test de inteligencia.
¿Qué sería sino de la estimulación precoz/temprana? Ej.: Mozart

9.3.9. ¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA DIFERENCIA DE PUNTUACIONES EN LOS TEST DE INTELIGENCIA A NIVEL GRUPAL?

Durante años se consideró que la población negra era menos inteligente ya que obtenían peores resultados en los test de inteligencia.

De igual modo, las mujeres y los hombres puntúan de manera distinta en los test de inteligencia (las primeras rinden más a nivel verbal y los segundos a nivel espacial). Dichas diferencias encuentran explicación desde la genética y el ambiente; algunas predisposiciones genéticas influyen en determinadas habilidades asociadas al sexo, el sesgo cultural influye en los resultados obtenidos por distintas razas.

10. LOS TESTS.

= *Procedimiento estandarizado para muestrear conductas* (relacionadas teóricamente con un rasgo o constructo) y *clasificar a las personas según esas conductas* (por ej.: asignarles puntuaciones numéricas que indiquen su nivel de rasgo). Cada test se evalúa por la evidencia empírica sobre su precisión y su utilidad en el ámbito concreto en el que se desea aplicar.

10.1. TIPOS DE TEST.

Los psicólogos diferencian entre:

- **Pruebas de aptitud:** diseñadas con el propósito de predecir la capacidad de un sujeto para aprender una habilidad nueva.
- **Pruebas de rendimiento:** diseñadas con el propósito de evaluar lo que un sujeto ha aprendido.

10.2. CARACTERÍSTICAS.

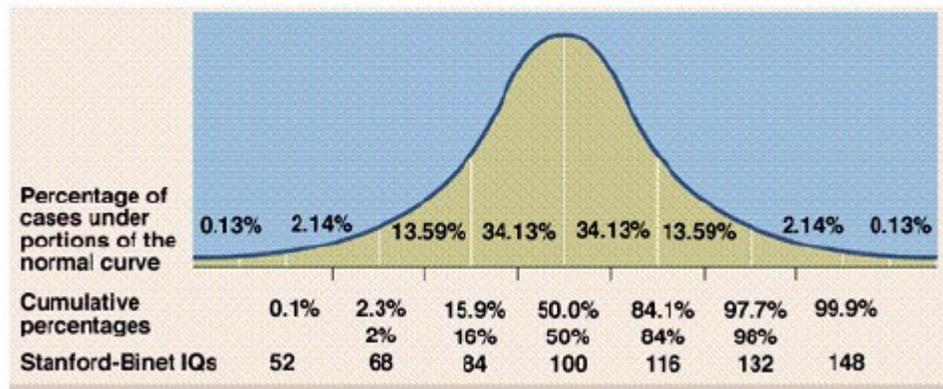
En la definición del término test hemos mencionado una serie de **características necesarias para considerar un test adecuado:**

- 1) Estandarización:** Los resultados obtenidos por el sujeto son comparados con los obtenidos por una población normal (grupo de normalización) previamente sometida al test.
 - Los resultados de los test normalizados suelen formar una distribución normal, es decir, un dibujo en forma de campana dónde se sitúan las puntuaciones que componen la curva normal. Es decir, muestra cómo se comporta la variable que queremos medir en una población normal y, nos permite comparar la puntuación del sujeto en esa variable con lo esperable en términos de normalidad estadística, los extremos son las puntuaciones menos obtenidas por la población normal.

- 2) La comparativa entre los extremos debería mostrar elevadas diferencias. (Extremo bajo: Síndrome de Down/retraso mental; Extremo elevado: Superdotados).

- CURVA NORMAL PARA LA INTELIGENCIA -

Normal Curve and the Stanford-Binet IQ Scores



Santrock, Child Development, 8e. Copyright © 1998. McGraw-Hill Companies, Inc. All Rights Reserved.

Ej.: Solo una de cada cien tiene un porcentaje mayor a 148.

- 3) **Fiabilidad:** Obtenida a través de la comparación de resultados obtenidos en una primera parte del test con los obtenidos en la segunda parte o bien por el procedimiento test/re-test donde los resultados obtenidos por el sujeto en una primera administración del test deberían correlacionar de forma significativa con los obtenidos en una segunda administración.
Hace referencia a la fiabilidad del instrumento. Si un test es estable es fiable.
- 4) **Validez:** Refiere a la medida en que el test que hemos diseñado mide realmente la variable que queremos medir o predecir.
Hace referencia a medir lo que se quiere medir y no otra cosa.
- Validez de contenido:** que el test refleje el comportamiento correspondiente.
 - Validez de criterio:** elegir otra variable vinculada como criterio comparativo.
 - Validez predictiva:** en este caso el criterio usado es el rendimiento futuro.
- 5) **Sesgo:** fuente de error (condiciones de aplicación, cultura de referencia...)

10.3. ALGUNOS TESTS DE INTELIGENCIA.

- **WECHSLER ADULT INTELLIGENCE SCALE (WAIS)** D. Weschler.
- **WISC - R, ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS- REVISADA**
(c) D. Wechsler.
- **RAVEN, MATRICES PROGRESIVAS** (b) J. C. Raven.
- **PMA, APTITUDES MENTALES PRIMARIAS** (b) L. L. Thurstone.
- **TEA, TESTS DE APTITUDES ESCOLARES** (b) L.L. Thurstone y Th.G. Thurstone.
- **FACTOR “G”, TESTS DE (ESCALAS 2 Y 3)** (b) R.B. Cattell y A.K.S. Cattell.

11. EL LENGUAJE.

11.1. Evaluación del lenguaje.

- 1) *Hitos del desarrollo del lenguaje*
- 2) *Signos de alerta de dificultades del lenguaje*
- 3) *Principales dificultades del lenguaje*
- 4) *Plan de evaluación*
- 5) *Elaboración del resumen lingüístico*

11.1.1. HITOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE.

- **12-18 meses:**
 - Palabras aisladas
 - Vocabulario inferior a 50 palabras
 - No hay morfología
 - Repertorio fonológico muy reducido: nasales y oclusivas en CV-CV
- **18 meses-24 meses:**
 - Explosión léxica: empieza a adquirir léxico
 - Combinación de dos palabras y posteriormente habla telegráfica
 - Cuesta entender al niño todavía
- **24 meses-36 meses:**
 - Empieza a haber morfología y palabras función (artículos, etc.) con errores
 - Empiezan las oración simples: S-V-O
 - Procesos de simplificación fonológica masivos

- **3 años:**
 - Oraciones simples, morfología y palabras función mayoritariamente correctas.
 - Empiezan las oraciones complejas
 - Se entiende perfectamente al niño aunque hay todavía omisión de sílabas átonas, reducción de grupos, sustitución de sonidos difíciles (r, s, l, d, etc.)
- **4 años:**
 - Quedan algunas reducciones de grupos consonánticos y sustitución de r y s.
 - Lenguaje básico prácticamente adquirido

11.1.2. SIGNOS DE ALERTA DE DIFICULTADES DEL LENGUAJE.

- A cualquier edad
 - Si el niño no tiene lenguaje o evoluciona lentamente
 - Si es excesivamente distraído o presenta un retraso en aprendizajes escolares
 - Si tiene resfriados, otitis o alergias frecuentemente
- 0-1 años
 - Si es un niño demasiado tranquilo o silencioso
 - Si no comprende palabras familiares a partir de 6-8 meses
 - Si no hace o tiene poco balbuceo
- 1-2 años
 - Si no comprende ordenes sencillas
 - Si no está atento a cuentos
 - Si no comienza a decir algunas palabras antes de los 2 años
- 2-3 años
 - Si no le entiende su familia
 - Si no ha empezado a hablar
 - Si no repite frases
 - Si no contesta a preguntas sencillas
 - Si no hace frases de 2 elementos
- 3-4 años
 - Si no le entienden personas no familiares
 - Si no sabe contar lo que le pasa o no mantiene una conversación sencilla
- 4-5 años
 - No habla con otros niños
- Más de 6 años
 - Tiene un lenguaje muy simple y comete errores

11.1.3. PRINCIPALES DIFICULTADES DEL LENGUAJE.

Síntomas	El niño que tarda en hablar o no habla	El niño que deja de hablar	El niño que habla mal	Otros trastornos
Causas				
Lesiones órganos articulatorios			• Disglosia • Disfonía	
Dificultades auditivas	• Sordera		• Hipoacusia	
Daño cerebral		• Afasia	• Disartria	
Retraso generalizado	• Retraso mental	• Trastorno del espectro autista		
Emocionales		• Mutismo selectivo	• Disfonía	
Ambientales	• Gemelos • Trilingüismo • Deprivación ambiental			
Funcionales	• Retraso simple del lenguaje <6 años • Trastorno específico del lenguaje (TEL) o disfasia		• Trastornos de la fluidez verbal (Disfemia y taquifemia) • Trastorno de la articulación (Dislalia) • Disfonía	• Dislexia • Disortografía • Disgrafía

11.1.4. PLAN DE EVALUACIÓN.

(Miller, 1986)

11.1.4.1. Objetivos: ¿Para qué evaluar?

- Detectar los alumnos que presentan signos de alerta 
 - Prueba de screening
 - Pruebas de lenguaje en general
- Obtener una línea base de su funcionamiento lingüístico 
 - Pruebas de lenguaje en general
 - Pruebas específicas de un componente
- Acercar la evaluación al proceso de intervención

11.1.4.2. **Contenidos: ¿Qué evaluar?**

- Desarrollo general:
 - Cognición
 - Motricidad
 - Sociabilidad
- Bases anatómicas del lenguaje:
 - Audición
 - Fonación: órgano articulatorio y praxias.
- Dimensiones y procesos (comprensión y producción) del lenguaje:
 - Forma: fonología, morfología y sintaxis
 - Contenido: léxico
 - Uso: pragmática (funciones del lenguaje, contexto, etc.)

11.1.4.2.1. **Fonología.**

- Objetivo:
 - Detectar dificultades en la **producción** o **discriminación de fonemas**.
 - Producir palabras con los sonidos que interesa evaluar.
 - Señalar las palabras/sonidos que se escuchan.

11.1.4.2.2. **Morfosintaxis.**

- Se recomienda evaluar:
 - Si el niño presenta una **sintaxis muy primaria**.
 - Producción espontánea
 - Imitar frases
 - Problemas de comprensión de órdenes verbales.
 - Realizar órdenes
 - Dificultades con la **morfología**: realizar plurales, género, formas verbales... uso de palabras función.
 - Cierre gramatical
 - Producción espontánea

11.1.4.2.3. **Léxico.**

- Determinar el nivel de **comprensión** y **expresión** del niño teniendo en cuenta la edad.
 - Evaluar el vocabulario que conoce
 - ¿Qué significa?
 - Señalar el dibujo
 - Evaluar los conceptos mentales que tiene:
 - Relacionar palabras entre ellas
 - Diversidad lexical:
 - Todas las palabras de un concepto

11.1.4.2.4. **Pragmática.**

- Evaluar y describir la **competencia comunicativa** del niño: conocer su capacidad para comunicarse de manera eficaz y adecuada en **diferentes contextos e interlocutores**.

- Conocer las **funciones** comunicativas de sus producciones
- Evaluar **destrezas conversacionales**
- Conocer el nivel de desarrollo de **elementos deícticos, de coherencia y de cohesión.**

11.1.4.3. **Procedimientos: ¿Cómo evaluar?**

- Información aportada por los padres: Anamnesis
- Informes del colegio o guardería
- Cuestionarios para padres y educadores:
 - Inventario de desarrollo comunicativo de MacArthur
- Escalas de desarrollo
 - Escala Bender: sociabilidad, lenguaje, postura y manipulación
- Test de inteligencia
 - K-ABC
 - WISC IV: Escala manipulativa
 - Matrices progresivas de Raven
- Exploraciones complementarias:
 - Audiometrías
 - Pruebas neurológicas
 - Exploración del aparato buco-fonatorio
- Observación conductual
- Tests específicos de lenguaje

11.1.4.3.1. **Observación conductual.**

- El examinador observa y registra la conducta verbal del niño en situaciones naturales
- Constituye el principal método de evaluación.
- Problemas:
 - Método muy dependiente del contexto.
 - Uso restringido debido a su lentitud.
- Método:
 - Grabación: 30 minutos de habla o 50 oraciones completas, consecutivas y no ecológicas.
 - Transcripción
 - Análisis gramatical, fonológico y léxico.

11.1.4.3.2. **Tests generales de lenguaje.**

- Screening:
 - PLON. Prueba de Lenguaje Oral de Navarra (Aguinaga et al., 1989)
- Lenguaje:
 - BLOC. Bateria de Lenguaje Objetiva y Criterial (Puyuelo, Wiig, Renom y Solanas, 1998)
 - **CELF-V: Clinical Evaluation of Language Fundamentals® (CELF-4® Spanish) (Wiig, Semel, y Secord, 2006)**
 - ELCE. Exploración del Lenguaje Comprensivo y Expresivo (López Ginés et al., 1998)
- Procesos mentales:
 - ITPA. Inventario de Habilidades Psicolingüísticas de Illinois (Kirk, McCarthy y Kirk, 1968)



- Fonología.
- Morfo-sintaxis.
- Semántica
- Lectura.

1) Fonología.

• Producción:

- AREHA: Análisis del retraso del habla (Aguilar y Serra, 2003) y AREPA: Anàlisis del retard de parla (Aguilar y Serra, 2005)
- Evaluación fonológica del lenguaje infantil (Bosch, 2003) y Avaluació del desenvolupament fonològic en nens catalano-parlants de 3 a 7 anys (Bosch, 1987).
- Registro fonológico inducido (Montfort y Juárez, 2010)



• Percepción

- AREHA y AREPA
- LB-EDAF: Evaluación de la discriminación auditiva y fonológica (Brancal et al., 2007)



• Conciencia fonológica:

- Ale. Evaluación inicial en Material de Actividades para el aprendizaje de la lectura y la escritura (González y Cuetos, 2008)



2) Morfo-sintaxis:

• Percepción:

- CEG: Test de comprensión de estructuras gramaticales (Mendoza, Carballo, Muñoz, y Fresneda, 2005)



• Percepción y producción:

- TSA: El desarrollo de la morfosintaxis en el niño (Aguado, 1989)



3) Semántica:

• Léxico:

- Peabody: Test de vocabulario en imágenes (Dunn, Dunn y Arribas, 2006)



• Conceptos:

- BOEHM: Test BOEHM de conceptos básicos. Diferentes versiones para diferentes edades (Boehm, 2012).



4) Lectura:

- **Lectura y escritura:**

- TALE: test de aprendizaje de lectoescritura (Toro y Cervera,1995) y TALEC: Test d'anàlisi de la lectura i escriptura en català (Toro y Cervera, 1991).



- **Lectura:**

- PROLEC. Evaluación de los Procesos Lectores en niños de Educación Primaria (Cuetos, Rodríguez y Ruano, 1996) y PROLEC-Català (Cuetos, Rodríguez, Ruano y Arribas, 2013)



- **Escritura:**

- PRO-ESC: Evaluación de los procesos de escritura (Cuetos, Ramos y Ruano, 2002)



11.1.5. ELABORACIÓN DEL RESUMEN.

- Interpretar, integrar y combinar la información proveniente de las diversas fuentes.
- Elaboración del **perfil intralingüístico** de habilidades que permitirá:
 - Determinar el diagnóstico y su severidad
 - Establecer un pronóstico
 - Hacer recomendaciones para el programa de intervención: Objetivos, método y actividades.

12. HABILIDADES SOCIALES.

Habilidades sociales = Conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresa sentimientos, actitudes, deseos y opiniones, de modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos y minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Las Habilidades Sociales son un conjunto de hábitos (a nivel de conductas motoras, pero también de pensamientos y emociones) que nos permiten:

- mejorar nuestras relaciones interpersonales
- sentirnos bien
- obtener lo que queremos
- conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos

Tipos de HH SS	
GRUPO I: Primeras habilidades sociales: 1) Escuchar. 2) Iniciar una conversación. 3) Mantener una conversación. 4) Formular una pregunta. 5) Dar las gracias. 6) Presentarse. 7) Presentar a otras personas. 8) Hacer un cumplido	GRUPO II: Habilidades sociales avanzadas: 9) Pedir ayuda. 10) Participar. 11) Dar instrucciones. 12) Seguir instrucciones. 13) Disculparse. 14) Convencer a los demás
GRUPO III: Habilidades relacionadas con los sentimientos: 15) Conocer los propios sentimientos. 16) Expresar los sentimientos. 17) Comprender los sentimientos de los demás. 18) Enfrentarse con el enfado del otro. 19) Expresar afecto. 20) Resolver el miedo. 21) Auto-recompensarse.	GRUPO IV: Habilidades alternativas a la agresión: 22) Pedir permiso. 23) Compartir algo. 24) Ayudar a los demás. 25) Negociar. 26) Emplear el autocontrol. 27) Defender los propios derechos. 28) Responder a las bromas. 29) Evitar los problemas con los demás. 30) No entrar en peleas

12.1. Conceptos clave de las HH SS.

1. **Asertividad** = “Es la forma de actuar que permite a una persona actuar en base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales, sin negar los de los demás”
2. **Empatía** = “Es una habilidad, propia del ser humano, que nos permite comprender y experimentar el punto de vista de otros sin por ello tener que estar de acuerdo. Es la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona para desde ahí comprenderle”
3. **Saber escuchar** = “Escuchar con comprensión y cuidado, saber lo que la otra persona trata de comunicarnos y transmitir que hemos recibido su mensaje”

ESCUCHA ACTIVA = “Es la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo, teniendo en cuenta siempre EL PUNTO DE VISTA DEL QUE HABLA.”

7. **Expresión justificada de ira, desagrado o disgusto** = “Manifestación de forma adecuada y respetuosa con los/as demás, de sentimientos negativos”
8. **Disculparse** = “Capacidad de darse cuenta de los propios errores cometidos”

12.2. El aprendizaje de las HHSS.

La capacidad de relacionarse y comunicarse con los/as demás es susceptible de **ser aprendida y por tanto de ser mejorada.**

12.2.1. Entrenamiento de las HHSS (cómo trabajarlas).

- 1) **Modelamiento** = “Aprendizaje por medio de la imitación”
Las etapas del modelamiento son tres: Atención, Retención y Reproducción
- 2) **Representación de papeles** (*role-playing*) = situación en la que a un individuo se le pide que desempeñe un papel, es decir, se comporte de manera determinada.
- 3) **Retroalimentación** = suministrar al sujeto adiestrado información sobre cómo ha representado el papel asignado.

Se deben tener en cuenta cuestiones tales como la *recompensa, el refuerzo, la crítica o el volver a repetir el aprendizaje.*

4) **Generalización:**

La combinación de los tres elementos anteriores constituye un planteamiento de adiestramiento en habilidades mucho más efectivo y con un mayor campo de aplicación.

Pero un método verdaderamente eficaz, **debe demostrar su poder, utilidad y estabilidad en la vida real de las personas**
(*Generalización del adiestramiento*)

12.3. **Los estilos de conducta social.**

1) **Estilo pasivo** = Persona que actúa dejando que los/as demás le manden, le digan lo que tienen que hacer y, generalmente no defiende sus propios derechos.

Por regla general, sus necesidades, opiniones o sentimientos son ignorados, y puede que otras personas se aprovechen de él.

2) **Estilo agresivo** = Son personas que sólo se preocupan por conseguir lo que ellos desean y cuando ellos quieren, rara vez se preocupan por los sentimientos de los demás y, con frecuencia se meten en líos o peleas.

Es el otro extremo al de las personas pasivas.

Son mandones, intimidan a los demás, los critican y los humillan.

3) **Estilo asertivo:** Ser asertivo significa dejar que los demás sepan lo que sientes y piensas de una forma que no les ofenda, pero que al mismo tiempo te permita expresarte.

También significa defender tus propios derechos (sin agredir ni ser agredido) e intentar siempre ser honrado, justo y sincero.

13. **SOCIOMETRÍA.**

13.1. **Historia: Jacob Lévy Moreno**

Jacob Lévy Moreno

- Nace en 1892, Bucarest
- Estudió psiquiatría en Viena, discípulo de Freud
- En 1916 utiliza por primera vez el término “sociometría”
- 1923, publicación del primer texto que será el precursor del psicodrama
- Emigra a EEUU, Nueva York. 1925
- En la prisión de Sing-Sing investiga las interacciones sociales, representándolas mediante un diagrama que denomina “sociograma”
- 1934, publicación de “Who shall survive? A new approach to the problem of human relations, piedra fundamental del movimiento sociométrico
- 1936, publicación de “Sociometrie Rewiev”
- 1942, fundación del Sociometric Institute

- Fallece en 1974
- Reconocido como el fundador del psicodrama y la sociometría, y uno de los pioneros de la psicoterapia grupal

13.2. Concepto.

Definición de sociometría:

- En sentido amplio → = *Ciencia que trata de medir cualquier relación interpersonal*
- En sentido estricto → = *Ciencia que trata de medir las relaciones preferenciales en una situación de elección*

13.3. Objetivos del test sociométrico.

Campo clínico o aplicado	Campo de investigación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estatus sociométrico de un conjunto de individuos 2. Compañeros preferidos o no aceptados por cada uno 3. Estructura del grupo en su conjunto 4. Posibilidad de disgregación del grupo 5. Posibilidad de reorientar a algunos individuos para una mejor integración 6. ... 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Características de los líderes según diversas variables 2. Características de los aislados, excluidos, etc. 3. Influencia de los factores psicosociales sobre el estatus sociométrico 4. Tensiones 5. Diferentes estructuras 6. ...

13.4. El cuestionario.

- ¿A quién elegirías (para hacer un trabajo, para salir de marcha, como delegado de clase, como jefe, como líder, como compañero de viaje, como pareja...?)
- ¿A quién no elegirías... (para hacer un trabajo, para salir de marcha, como delegado de clase, como jefe, como líder, como compañero de viaje, como pareja...?)
- ¿Quién crees que te elegiría... (para hacer un trabajo, para salir de marcha, como delegado de clase, como jefe, como líder, como compañero de viaje, como pareja...?)
- ¿Quién crees que no te elegiría... (para hacer un trabajo, para salir de marcha, como delegado de clase, como jefe, como líder, como compañero de viaje, como pareja...?)

13.4.1. **Número de elecciones y rechazos.**

- **Número libre (ilimitado):** permite conocer el verdadero estatus sociométrico de los individuos, pero dificulta el análisis de la matriz, las ponderaciones y el sociograma.

- **Número limitado:** habitualmente 3 o 5. Facilita el análisis, pero disminuye la posibilidad de averiguar la verdadera expansividad de los individuos.

Diversos estudios informan que a partir de 5 elecciones la estructura grupal no difiere significativamente de la obtenida mediante elecciones libres

13.5. Los indicadores.

13.5.1. Conceptos previos

- **Átomo social:** red de interrelaciones cuyo centro es un individuo
- **Tele:** la más pequeña unidad de sentimiento transmitida de un individuo a otro (esto es, elección o rechazo)

13.5.2. Los valores sociométricos (teles directas)

Sp	Estatus de elecciones
Sp val	Estatus de elecciones valorizadas
Sn	Estatus de rechazos
Sn val	Estatus de rechazos valorizados
Ep	Expansividad positiva
En	Expansividad negativa
Rp	Elecciones recíprocas
Rn	Rechazos recíprocos
OS	Oposición de sentimiento

13.5.3. Los valores sociométricos (percepción sociométrica)

Pp	Percepción de elecciones
PAP	Percepción acertada de elecciones
Pn	Percepción de rechazo
PAn	Percepción acertada de rechazo
Ip	Impresión de elecciones
In	Impresión de rechazos
FP	Falsa percepción

13.5.4. Los índices sociométricos (individuales)

Índice de popularidad	$Pop = Sp/(N-1)$
Índice de antipatía	$Ant = Sn/(N-1)$
Índice de expansividad positiva	$Exp.p = Ep/(N-1)$
Índice de expansividad negativa	$Exp.n = En/(N-1)$
Conexión afectiva	$CA = Rp/Sp$
Atención perceptiva	$AP = (PAp+PAn)/(Sp+Sn)$
Realismo perceptivo	$RP = (PAp+PAn)/(Pp+Pn)$
Distancia sociométrica (2 ind.)	+1, 0, -1 (según elección, neutro o rechazo)
Estatus sociométrico	$SS = ((Sp+Pp)-(Sn+Pn))/(N-1)$

13.5.5. Los índices sociométricos (globales)

Índice de asociación	$IA = \sum Rp/(N(N-1))$, ilimitadas ó $IA = \sum Rp/(d(N))$, limitadas a d
Índice de disociación	ID = igual que IA pero substituyendo Rp por Rn
Índice de coherencia	$IC = \sum Rp/ \sum Sp$
Índice de intensidad social	$IS = (\sum Sp+ \sum Sn)/(N-1)$
Índice de preferencias del subgrupo	$PS = (I_1(N-N_1))/(E_1(N_1-1))$, donde I_1 es la suma de las elecciones intragrupo del subgrupo 1, E_1 es la suma de las elecciones extragrupo del subgrupo 1, y N_1 el conjunto de individuos del subgrupo 1
Índice de unión del subgrupo	$US = (I_1 \sum Sp)/(\sum Ep_1 \sum Sp_1)$

13.6. Tipos sociométricos.

- Populares Sp alto
 - Estrellas Populares que polarizan más elecciones
 - Líderes Los más populares

- Rechazados Sn alto

- Olvidados No rechazados con Sp bajo
 - Desatendidos Ep alto
 - Ignorados Ep no significativo (ni alto ni bajo)
 - Aislados Ep bajo

13.7. La sociomatriz.

Matrices sociométricas o sociomatrices = Cuadros de doble entrada en el que tanto en la primera columna como en la primera fila se colocan los nombres de los miembros del grupo y en el resto los resultados del test sociométrico de acuerdo a una serie de criterios.

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
C1							
C2							
C3							
C4							
C5							
C6							
C7							

13.7.1. Fases.

- 1.- Construir una rejilla o cuadro de $(n+1) \times (n+1)$, donde $n = n^\circ$ de miembros del grupo. (Por ejemplo, en un grupo de 7 miembros construiremos una rejilla o cuadro de 8 por 8 celdas o escaques).
- 2.- Colocar tanto en la primera fila como en la primera columna el listado de todos los miembros con el mismo orden. Además se deben observar las siguientes cuestiones:
 - Es conveniente ordenar conforme a algún criterio. (Por ejemplo, primero todos los chicos y luego todas las chicas...)

- Es conveniente utilizar alguna abreviatura, sobretodo, cuando se trata de un grupo grande.

(Por ejemplo: un número código; o sólo el nombre; las siglas del nombre y apellidos

Antonio Fernández Pérez = AFP; las tres primeras letras del nombre Antonio = ANT;...)

3.- Colocaremos las elecciones realizadas por cada individuo en cada fila.

Los valores tanto de elección como de rechazo se ponderarán o valorarán en función del número de elecciones posibles, siguiendo el orden. (Por ejemplo: si el número de elecciones de nuestro grupo son 3, así al elegido en primer lugar le daremos un 3, al elegido en segundo lugar un 2, y al elegido en tercer lugar un 1. Por convención se utiliza el azul para referirse a elecciones. Del mismo modo colocaremos los rechazos ponderados y escritos en rojo.

	A	B	C	D	E	F	G	Ep	En	Rp	Rn	Ip	In
A		(3)	2	(2)	()	(1)	(3)	3	2	0	2	1	4
B			(3)			2	1	3	0	1	0	1	0
C		(3)			(2)	()	()	2	0	2	0	4	0
D	(3)	()			(3)	1	(2)	3	1	1	1	2	2
E	3	1	(3)	(2)		()		3	1	2	0	3	0
F		()	(2)	()	(1)		(3)	3	0	1	0	4	1
G	(3)		1	()	2	(3)		3	1	1	1	2	1
Sp Val	0	7	11	2	8	7	6						
Sp	0	3	5	1	4	4	3						
Sn Val	3	0	0	1	0	0	1						
Sn	9	0	0	2	0	0	3						
Pp	0	3	2	3	3	3	3						
PAp	0	2	2	1	3	1	2						
Pn	2	1	1	1	1	1	1						
Pan	2	0	0	1	0	0	1						
FP	0	2	1	2	1	3	1						
OS	0	0	0	0	0	0	0						

(Azul → Elecciones; Rojo → Rechazos)

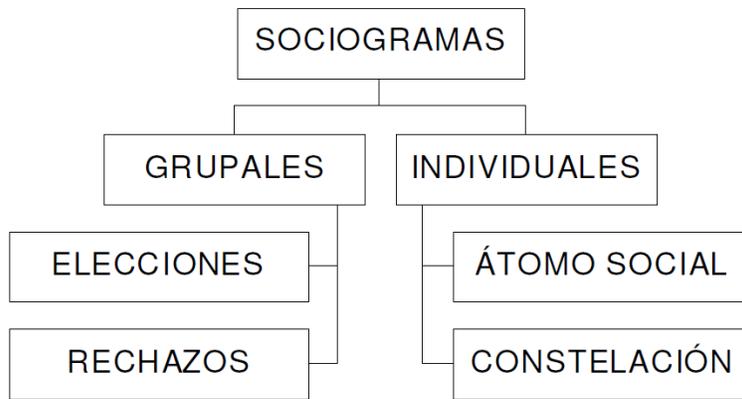
13.8. El sociograma.

Sociogramas = Representaciones gráficas de las sociomatrices o del conjunto de relaciones sociales detectadas entre los miembros del grupo, que posee la ventaja de la facilidad de interpretación, puesto que permite ver de un solo vistazo la estructura del grupo.

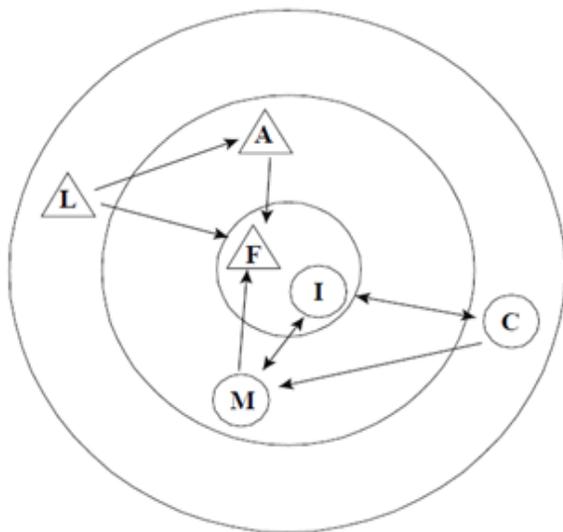
SÍMBOLOS DEL SOCIOGRAMA	
INDIVIDUALES	
Individuo masculino	Triángulo
Individuo femenino	Círculo
Individuo masculino extragrupal	Doble triángulo
Individuo femenino extragrupal	Doble círculo
CRITERIOS DE RELACIÓN	
Elección	Flecha azul
Rechazo	Flecha roja
Reciprocidad de elección	Doble flecha azul
Reciprocidad de rechazo	Doble flecha roja
Percepción de elección	Flecha discontinua azul
Percepción de rechazo	Flecha discontinua roja
ESTRUCTURAS	
Díada o reciprocidad	
Triada o triángulo	
Cadena	
Estrella	

Los pasos a dar para la construcción del sociograma o diagrama sociométrico son:

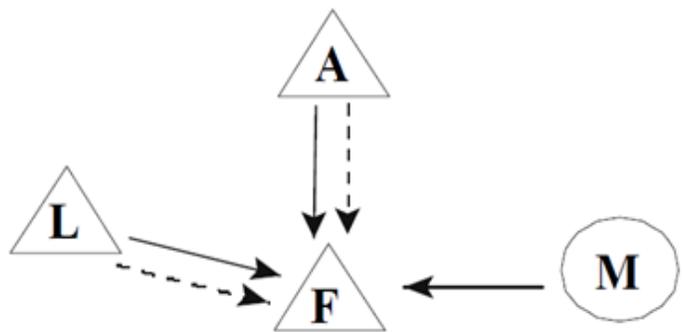
- a. Utilizar la técnica del blanco o técnica de la diana, que consiste en dibujar tres círculos concéntricos.
- b. Distribuir los miembros del grupo, colocando en el centro los más elegidos o rechazados (según si vamos a elaborar un sociograma de elección o rechazo, respectivamente) y en el círculo externo los menos elegidos/rechazados.
 - Es conveniente utilizar la simbología del cuadro anterior.
 - Es conveniente, también, escribir las siglas del nombre del sujeto en el interior de los triángulos y círculos.
- c. Dibujar las relaciones sociales, sirviéndose de los símbolos pertinentes.
 - Es conveniente separar en dos sociogramas los rechazos y las elecciones.
 - Es conveniente cuando hay muchas elecciones o rechazos dibujar sólo el primer nombre seleccionado.



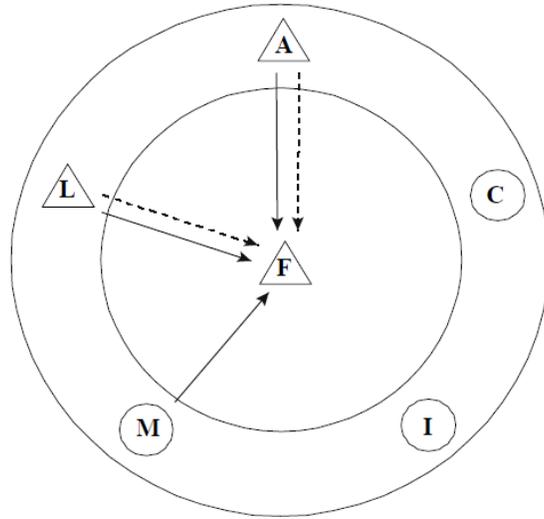
Sociograma grupal de elecciones



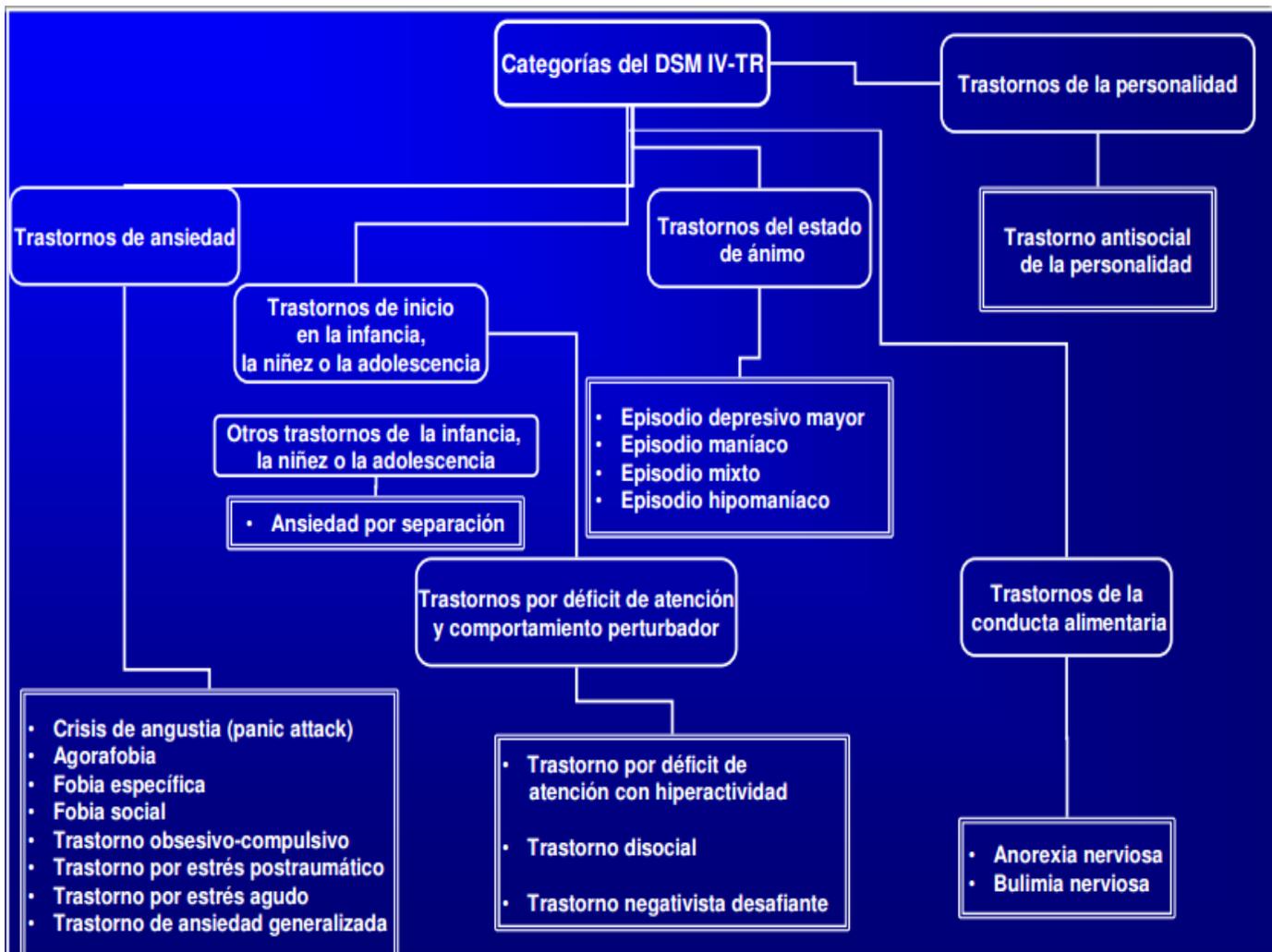
Sociograma individual (átomo social)



Sociograma individual (constelación)



14. TRASTORNOS EMOCIONALES Y SOCIALES EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA.



14.1. Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (panic attack)

Nota: No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la crisis de angustia (p. ej., Trastorno de angustia con agorafobia)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

14.2. Criterios para el diagnóstico de agorafobia.

Nota: No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., Trastorno de angustia con agorafobia o Agorafobia sin historia de trastorno de angustia).

A) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

B) Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C) Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un

individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

14.3. Criterios para el diagnóstico de Fobia específica.

= Tener fobia a un estímulo específico. Se mantienen por reforzamiento negativo.

Para romper la asociación, el terapeuta lleva a cabo la exposición.

- a. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- b. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.
Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- c. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.
Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
- d. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- e. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- f. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- g. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

- **Tipo animal**
- **Tipo ambiental** (p. ej., alturas, tormentas, agua)
- **Tipo sangre-inyecciones-daño**
- **Tipo situacional** (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)
- **Otros tipos** (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas)

14.4. Criterios para el diagnóstico de Fobia social.

= Miedo a recibir una evaluación negativa (Versión patológica de la timidez).

Ej.: hablar en público, comer en público, etc.

- a. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.
Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- b. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.
Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- c. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. *Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.*
- d. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- e. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- f. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

- g.** El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- h.** Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

- Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

14.5. Criterios para el diagnóstico de Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Suele ser discapacitante. Se caracteriza por tener pensamientos intrusivos.

A) Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
 2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.
- B) En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. *Nota: Este punto no es aplicable en los niños.*
- C) Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
- D) Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal,

preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E) El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

- Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

14.6. Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

- 1.- la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
- 2.- la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

- 1.- recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
- 2.- sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
- 3.- el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
- 4.- malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- 5) respuestas fisiológicas al exponerse a

estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- 1- esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- 2- esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- 3- incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- 4- reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- 5- sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- 6- restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
- 7- sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1.- dificultades para conciliar o mantener el sueño
- 2.- irritabilidad o ataques de ira
- 3.- dificultades para concentrarse
- 4.- hipervigilancia
- 5.- respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses
- Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

- De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

14.7. Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés agudo.

Cuando dura menos de 1 mes. Es un estrés puntual.

- A) La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
 - 1.- la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 - 2.- la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos
- B) Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
 - 1.- sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
 - 2.- reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
 - 3.- desrealización
 - 4.- despersonalización
 - 5.- amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)
- C) El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D) Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E) Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F) Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G) Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

14.8. Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada (incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil)

La exposición no es el tratamiento, sino que el tratamiento es tranquilizarse.

- A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

- 1.- inquietud o impaciencia
- 2.- fatigabilidad fácil
- 3.- dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- 4.- irritabilidad
- 5.- tensión muscular

- 6.- alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

- D.** El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés posttraumático.
- E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

14.9. Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad por separación.

Creer que les va a pasar algo a sus objetos de apego. No se quieren separar de ellos porque temen que va a ocurrir algo.

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

- 1- malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
- 2- preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
- 3- preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
- 4- resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
- 5- resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
- 6- negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa

- 7- pesadillas repetidas con temática de separación
- 8- quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.

C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Especificar si:

- Inicio temprano: si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad

14.10. Criterios para el episodio depresivo mayor.

= Trastorno del estado de ánimo.

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- 1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). *Nota:* En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- 2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- 3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. *Nota:* En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- 4) insomnio o hipersomnias casi cada día

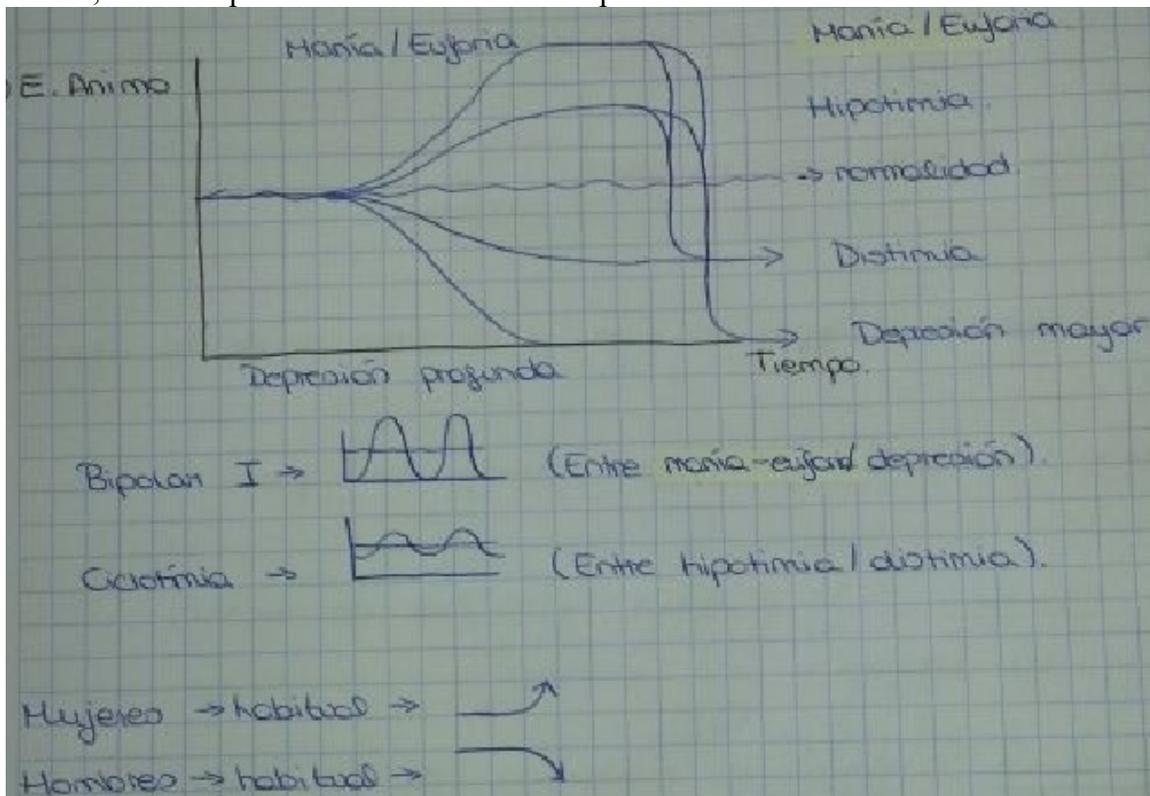
- 5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- 6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- 7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- 9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.



14.11. Criterios para el episodio maníaco.

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

- 1) Autoestima exagerada o grandiosidad
- 2) Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
- 3) Más hablador de lo habitual o verborreico
- 4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
- 5) Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
- 6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
- 7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

14.12. Criterios para el episodio mixto.

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

***Nota:** Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.*

14.13. Crterios para el episodio hipomaniaco.

A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

- 1) autoestima exagerada o grandiosidad
- 2) disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
- 3) más hablador de lo habitual o verborreico
- 4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
- 5) distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
- 6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora
- 7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los hipomaniacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

14.14. Crterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

A. (1) o (2):

- (1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- a.) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- b.) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c.) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d.) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- e.) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- f.) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g.) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- h.) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- i.) a menudo es descuidado en las actividades diarias

- (2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a.) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- b.) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- c.) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- d.) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e.) a menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor
- f.) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas**
- h) a menudo tiene dificultades para guardar turno**
- i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)**

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo:

- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado:** si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses
- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención:** si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.
- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivoimpulsivo:** si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en «remisión parcial».

14.15. Criterios para el diagnóstico de Trastorno negativista desafiante.

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

- 1) a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
- 2) a menudo discute con adultos
- 3) a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
- 4) a menudo molesta deliberadamente a otras personas

- 5) a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
- 6) a menudo es susceptible o fácilmente moleestado por otros
- 7) a menudo es colérico y resentido
- 8) a menudo es rencoroso o vengativo

Nota. Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

14.16. Criterios para el diagnóstico de Trastorno disocial.

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

▫ **Agresión a personas y animales**

1. a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
2. a menudo inicia peleas físicas
3. ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. ha manifestado crueldad física con personas
5. ha manifestado crueldad física con animales
6. ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
7. ha forzado a alguien a una actividad sexual

▫ **Destrucción de la propiedad**

8. ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
9. ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

▫ **Fraudulencia o robo**

10. ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
11. a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, «tíma» a otros)
12. ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

▫ **Violaciones graves de normas**

13. a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
14. se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
15. suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

- **Tipo de inicio infantil:** se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad
- **Tipo de inicio adolescente:** ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

Especificar la gravedad:

- **Leve:** pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros
- **Moderado:** el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre «leves» y «graves»
- **Grave:** varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

14.17. Criterios para el diagnóstico de Trastorno antisocial de la personalidad.

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

- 1.- fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
- 2.- deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
- 3.- impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
- 4.- irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
- 5.- despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
- 6.- irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
- 7.- falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

14.18. Criterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa.

- A.** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- B.** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C.** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D.** En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Especificar el tipo:

- **Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)
- **Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

14.19. Criterios para el diagnóstico de **Bulimia nerviosa.**

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- 1.-ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
- 2.-sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

- **Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso
- **Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.