CALIFICACIÓN DE UNA PRUEBA

Por lo general, los resultados de la calificación intentan evaluar cómo el respondedor se desempeñó junto con otros sujetos equiparables en alguna dimensión. La historia de las pruebas psicométricas muestra una tendencia por evaluar las diferencias entre los individuos respecto con las características cognoscitivas y afectivas. Mientras mejor se logre esto, el comportamiento podrá predecirse de manera más exacta a partir de las calificaciones de las pruebas. Como consecuencia, los profesionales quienes elaboran las pruebas tratan de idear reactivos que se diferencian entre los individuos en términos de lo que se mide. Al hacerlo aumenta la variedad en las calificaciones totales y determinada calificación es un indicador más preciso de la posición de un sujeto respecto del resto de la gente.

Por lo general, la calificación en una prueba psicológica o educativa estandarizada requiere de entrenamiento de los procedimientos para puntuar, sumar los puntajes y transfórmalos en puntajes estándares.

La figura 5-1 ilustra la curva base de toda intervención en las pruebas estandarizadas.

Poder calificar una prueba no implica poder interpretarla adecuadamente; pero, es casi imposible interpretar adecuadamente resultados mal calificados. Por lo anterior, el lector deberá leer las instrucciones y los manuales de procedimientos, en especial para tratar de calificar y hacer el cálculo de las sumatorias, puntajes brutos y puntuaciones individuales.

Para evaluar la utilidad de un reactivo como medida de diferencias individuales en las características de habilidad o personalidad, quienes aplican las pruebas necesitan cierta medida de criterio, para esto se pueden calcular los índices de dificultad y discriminación (Aiken, 1999).

NORMAS Y ESTANDARIZACIÓN DE PRUEBAS

Las pruebas estandarizadas son las de mayor valía en la clínica, ya que se desarrollan por expertos, de manera profesional y con fines comerciales. Todas las pruebas estandarizadas tienen rutinas preestablecidas para su aplicación y calificación, las cuales

deben seguirse muy de cerca, dejando pocas oportunidades para la interpretación subjetiva y personal. Además, la estandarización de cualquier instrumento de evaluación psicológica o educativa requiere de la aplicación en una extensa muestra de individuos quienes se seleccionan como representativos de la población meta para la cual se elabora el instrumento.

El propósito principal del proceso de estandarización es determinar la distribución de frecuencias de las calificaciones brutas para establecer los parámetros para asignar calificaciones estándares y así generar las normas. Para esto, los puntajes obtenidos por los participantes son convertidos en alguna forma de calificaciones derivadas o normalizadas.

El desempeño de una persona en una prueba se evalúa al referirse al cuadro de normas apropiado y encontrar las calificaciones convertidas equivalentes a las calificaciones brutas. La mayor parte de los manuales de las pruebas contienen cuadros de normas, los cuales enlistan las calificaciones brutas y las calificaciones convertidas correspondientes. Las tablas con las normas incluyen los equivalentes de edad, grado, rangos percentiles y calificaciones estándares. De esta manera, las normas sirven como marco de referencia para interpretar las calificaciones brutas. Las normas indican el desempeño del sujeto en la prueba respecto con la distribución de calificaciones que obtuvieron personas con la misma edad cronológica, grado, sexo u otras características demográficas y permite inferir escalas de desempeño por medio de la comparación.

Las normas publicadas en los manuales de las pruebas son útiles para comparar la calificación del sujeto con aquellas de una muestra de personas de distintas localidades, en ocasiones con toda una sección del país. Entre los tipos más populares de normas están: edad, grado, género, país, etc.

Una práctica más antigua en las pruebas es convertir la norma de edad del sujeto en un cociente, dividiendo la calificación de edad entre la edad cronológica de la persona y multiplicando el resultado por 100. De esta forma, el cociente intelectual (CI) en las antiguas escalas de Standford-Binet, se obtenían del producto de la edad mental por 100 entre la edad cronológica.

Otro referente común de las normas son los percentiles que ubican al sujeto en un punto específico de la distribución, lo cual permite saber cuántos sujetos están por encima o por debajo del puntaje obtenido. A diferencia de los rangos percentiles, las calificaciones estándares representan las medidas en una escala de intervalo. Las normas de calificación estándar son calificaciones convertidas que tienen cualquier media y desviación estándar que se desee. Existen muchos tipos de calificaciones estándares: calificaciones Z, calificaciones CEEB, calificación de CI, Estaninas y calificaciones T (véase la curva de distribución normal.

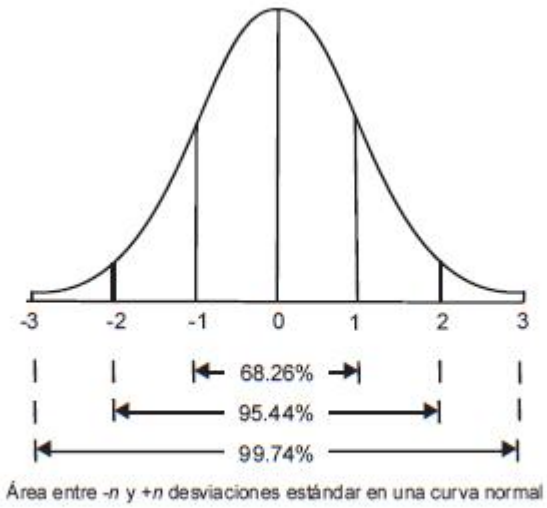

Figura 5-1. Posiciones de desviaciones estándar y las áreas que encierra en la distribución normal. Tomada de Coolican H. (2005). Métodos de investigación y estadística en psicología. 3ª ed. México: Editorial El Manual Moderno. D.R. © 2005 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

CONFIABILIDAD

Ningún instrumento de evaluación puede tener valor a menos que mida algo en forma consistente o confiable. Como consecuencia, uno de los primeros aspectos que deben determinarse en un instrumento de evaluación de reciente elaboración es verificar si es lo suficientemente confiable para medir aquello para lo cual se creó. Si en ausencia de cualquier cambio permanente en una persona (debido al crecimiento, aprendizaje, enfermedad o accidente), las calificaciones de las pruebas varían en gran medida de una aplicación a la siguiente, es probable que la prueba no sea confiable y no pueda utilizarse para hacer predicciones sobre el comportamiento de la persona.

Confiabilidad no es sinónimo de estabilidad; a diferencia de la estabilidad, la falta de confiabilidad es el resultado de los errores en la medida que se producen por estados

internos temporales, como baja motivación o indisposición; o condiciones externas, como un entorno incómodo o con distracciones para una prueba. Los principales índices de confiabilidad son el de Kuder-Richardson y el de Cronbach.

Teoría de la confiabilidad clásica

En la teoría clásica de las pruebas se asume que la calificación obtenida por una persona las mismas se compone de una calificación "real", más algún error no sistemático de medida. La calificación real se define como el promedio de las calificaciones que se obtendrían si una persona presentara la prueba una cantidad infinita de veces. Se debe enfatizar que la calificación real nunca puede medirse con exactitud, sino que debe calcularse a partir de la calificación obtenida por la persona en la prueba.

Estos errores inherentes con la medición, se llaman "error estándar de medición". Por ejemplo, pregunte la hora entre sus compañeros de clase y observará que pocas son exactas entre sí.

La medición real, será pues el promedio de todas las horas reportadas y el error estándar de medición será la diferencia entre esta cifra y la hora de su reloj, por ejemplo.

En la teoría clásica de las pruebas se supone que la varianza de las calificaciones observada para un grupo de sujetos, es igual a la varianza de las calificaciones reales más la varianza de los errores no sistemáticos de medición.

Validez

Tradicionalmente, la validez de una prueba se define como su capacidad para medir el objetivo para la que fue diseñada. Una desventaja de esta definición es la implicación de que una prueba tiene sólo una validez, que se supone se establece mediante un solo estudio para determinar si la prueba mide lo que debe medir. En realidad, una prueba puede tener muchos tipos de validez; dependiendo de los propósitos específicos con los cuales se diseño, la población a la cual se dirige y el método para determinar la validez. Entre los métodos con los cuales puede evaluarse la validez se encuentran el análisis del contenido, la relación de las clasificaciones de la prueba con las calificaciones con base en un criterio de interés y la investigación de las características psicológicas o construcciones particulares que mide la prueba. Todos estos procedimientos son útiles en el grado cómo mejoran nuestra comprensión de lo que mide una prueba. Si entendemos

esto último, entonces las calificaciones proporcionan una mejor información para tomar decisiones respecto de los sujetos.

Además, necesitamos preguntar qué tanto aporta una prueba en particular para la predicción y comprensión de los criterios ya conocidos. Esta es la noción del aumento de la validez, la cual analizaremos más adelante.

A diferencia de la confiabilidad, la cual está influenciada sólo por los errores de medida no sistemáticos, la validez de una prueba se ve afectada tanto por los errores no sistemáticos como por lo sistemáticos (constantes). Por esta razón, una prueba puede ser confiable sin ser válida; pero no puede ser válida si no es confiable. La confiabilidad es una condición necesaria; pero no suficiente para la validez. Técnicamente la validez (relacionada con los criterios) de una prueba, como lo indica la correlación entre la prueba y una medida externa de criterio, nunca podrá ser mayor que la raíz cuadrada del coeficiente de confiabilidad de las formas paralelas.

Validez de contenido

La apariencia física de una prueba respecto con sus propósitos particulares (validez aparente) es, desde luego, una consideración importante al comercializarla. Sin embargo, el concepto de validez de contenido se refiere a algo más que la simple validez aparente. El asunto de la validez de contenido de una prueba se refiere al hecho de si el contenido de la prueba produce un rango de respuestas que representa 1 a 0 universo completos de habilidades, comprensiones y otros comportamientos que se supone la prueba debe medir. Ese universo de comportamiento se debe especificar con certeza. Así, si la prueba está bien diseñada, las respuestas que dan los sujetos a los reactivos serán representativas de las que serían sus respuestas al universo de situaciones en las cuales la prueba es una muestra. Un análisis de validez de contenido tiene lugar con mayor frecuencia en relación con las pruebas de aprovechamiento, en cuyo caso no existe ningún criterio externo. En las medidas de actitud, el interés y la personalidad, también se toma en cuenta la validez de contenido. La validez de contenido de una prueba de aprovechamiento se determina al evaluar el grado en el cual la prueba representa los objetivos de enseñanza. Una forma de hacerlo es comparar el contenido de la prueba con un perfil o un cuadro de especificaciones de la materia que supuestamente cubre la prueba. Si los expertos en la materia están de acuerdo en que la prueba parece y

funciona como una medida de habilidad o conocimiento, la cual se supone debe evaluar, entonces se decide que posee validez de contenido. Estos juicios pueden comprender no sólo el contenido de los reactivos de la prueba, sino también un análisis de los procesos por los cuales deben pasar los sujetos para llegar a las respuestas. Como es obvio, no es necesario que el proceso de evaluar la validez de contenido de una prueba sea hasta que ésta se elabore. Los expertos realizan los juicios sobre qué reactivos incluir desde el principio del proceso de elaboración de la prueba.

Al definir el universo de contenido de la prueba y la muestra de ese universo que se incluirá, las personas quienes elaboran las pruebas toman parte en la validez de contenido.

Validez en relación con el criterio

De manera básica, todas las pruebas se validan al relacionar las calificaciones con el desempeño de las medidas de criterio; estándares o variables con los que puede compararse el desempeño de la prueba. En el caso de la validez de contenido, el criterio es el juicio de los expertos en la materia. Sin embargo, en forma tradicional, el término validez en relación con el criterio se limita a los procedimientos de revalidación en los cuales las calificaciones en la prueba de un grupo de sujetos se comparan con las calificaciones, clasificaciones u otras medidas conductuales o mentales. Algunos ejemplos de los criterios con base en los cuales se validan las pruebas son las notas escolares, calificaciones por parte de los supervisores y cantidades de dólares por ventas. Siempre que una medida de criterio está disponible en el momento de la prueba se determina la validez concurrente de ésta. Cuando las calificaciones con base en el criterio no se encuentran disponibles sino hasta algún tiempo después de aplicada la prueba, la validez de predicción de la prueba es el centro de interés.

Validez concurrente

Los procedimientos de validez concurrente se utilizan siempre que una prueba se aplica con personas de distintas categorías, como grupos de diagnóstico o niveles socioeconómicos, con el propósito de determinar si las calificaciones promedio de distintos tipos de personas son diferentes de manera significativa. Si la calificación promedio varía de modo sustancial en cada categoría, entonces la prueba puede utilizarse como otro medio, quizá más eficiente, para clasificar a las personas en distintas

categorías. Por ejemplo, las calificaciones en el inventario de multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI) son útiles para identificar trastornos mentales específicos porque se ha descubierto que las personas a quienes se les diagnostica con algún trastorno en particular tienden a obtener calificaciones características en ciertos grupos de reactivos.

Validez predictiva

La validez predictiva se refiere al grado de precisión con que las calificaciones de la prueba predicen las calificaciones de criterio, como lo indica la correlación entre la prueba (indicador) y un criterio del desempeño futuro. La validez predictiva se ocupa en primer lugar de las pruebas de aptitud e inteligencia, ya que las calificaciones anteriores de este tipo de instrumentos con frecuencia se correlacionan con las notas, calificaciones en las pruebas de aprovechamiento y otros criterios de éxito.

La correlación entre una variable de indicador y una variable de criterio. La validez predicativa debe tomarse con cautela ya que en la mayoría de las pruebas es menor a 0.60, podemos entender por qué es necesario tener cuidado con las afirmaciones acerca de la capacidad de las pruebas psicológicas para predecir el comportamiento.

Entrevista clínica

Independientemente del contexto profesional donde se ubique el psicólogo clínico, sea este un hospital, gabinete, prisión, clínica de rehabilitación, centro para el control de adicciones, barraca militar o escuela; de la misma manera si el paciente se encuentra en una cama, en una silla de ruedas o cómodamente sentado, la entrevista psicológica es la herramienta esencial y primordial de trabajo y el procedimiento metodológico hace al psicólogo clínico distintivo de otros miembros del equipo multidisciplinario en las ciencias de la salud. Es la entrevista clínica, como técnica y proceso de la clínica psicológica, el procedimiento que mejor debe dominar cualquier psicólogo clínico. La entrevista es la herramienta para trascender la mera semiología descriptiva e interpretar las percepciones del contexto y la visión de la situación por parte del paciente.

Gracias a la entrevista el psicólogo hace contacto con el paciente, a través de una interacción intencionada, sistemática y profesional con la finalidad de evaluar los

pensamientos, sentimientos y conducta de éste. En este capítulo, se aborda especialmente el proceso de la entrevista como una herramienta en el ámbito clínico, mientras que en el siguiente capítulo se aborda con mayor profundidad el proceso terapéutico en psicología clínica.

ENTREVISTA COMO HERRAMIENTA

La entrevista psicológica es una relación de índole profesional, en la cual existe una diferencia de poder entre los participantes.

Por un lado, se ubica el psicólogo, como experto, desempeñando un trabajo particular y acotado por una serie de principios técnicos, éticos y de proceso. Como entrevistador, el psicólogo pretende ayudar al entrevistado con base en una responsabilidad laboral y profesional.

Por otro lado se encuentra el entrevistado, el paciente, quien recibe la ayuda y se encuentra libre de exigencias laborales y profesionales. Es por ende, una relación desigual y estructurada, es decir, no se da de forma espontánea o libre: es un acto profesional regido por cánones y reglas que se deben considerar. Es un proceso con riesgos y vicisitudes cuyo resultado muchas veces es incierto.

En la entrevista clínica el entrevistador es quien lleva el control, pero quien la dirige es el entrevistado. La relación entre ambos delimita el campo de la entrevista y todo lo que en ella acontece; sin embargo el clínico debe permitir que el campo de la relación interpersonal sea predominantemente establecido y configurado por él, ya que éste responde como profesional del proceso y resultados de la misma.

De acuerdo con Bleger (2002) la entrevista es un instrumento o técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica de la psicología. Tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con las cuales se verifica y aplica el conocimiento científico.

La entrevista clínica tiene características sui generis, las cuales se deben considerar, por ejemplo, es en sí misma un proceso de indagación clínica, y a la vez una forma de

intervención, donde las divergencias y contradicciones del entrevistado nos dan luz acerca de su estado mental y nivel de confusión conceptual respecto a un problema, pero al mismo tiempo este análisis le permite clarificarlo y resolverlo.

La entrevista psicológica es un proceso único, la cual evoluciona de acuerdo con lo que sucede entre los mundos dinámicos y cambiantes e irrepetibles en un momento dado de la vida. En ella se combinan las delimitaciones de la práctica profesional con las libertades inherentes al ser humano, de pensar e imaginar sin límites, de sus fantasías, deseos, miedos, aspiraciones, secretos y motivaciones (todas variables psicológicas por excelencia) son abordadas de manera específica e intencionada por el psicólogo en el ámbito clínico.

En la entrevista clínica, existe inexorablemente un conflicto constante entre la objetividad de lo observado y la intersubjetividad surgida del diálogo. El análisis, durante la interacción entre el entrevistado y el terapeuta, transforma y significa la realidad, dándole connotaciones diferentes a un mismo hecho reportado, en el tiempo o circunstancia.

En la entrevista el entrevistador forma parte del campo, es decir, en cierta medida condiciona los fenómenos que él mismo va a registrar.

La entrevista es también un método de investigación en el cual las observaciones que se registran en la misma, dan pie al origen de hipótesis clínicas, las cuales se van validando o invalidando durante el proceso.

Durante una entrevista el clínico debe identificar los puntos principales del problema planteado por el paciente, ordenarlos según la importancia de éstos, para poder identificar cuál es el punto principal que afecta a la persona; debe hacer que la persona se dé cuenta de ellos y además se deben diseñar estrategias para ayudar en la resolución del problema, y así orientar al individuo hacia el éxito en sus actividades cotidianas.

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

La transferencia y la contratransferencia son conceptos clásicos de las teorías psicodinámicas, los cuales deben repasarse cada vez que se discute el proceso de entrevista clínica.

La transferencia es deseable en la entrevista ya que consiste en la proyección de sentimientos, actitudes y conductas inconscientes, por parte del entrevistado, hacia el entrevistador. El descubrimiento de la transferencia, permite al psicólogo identificar pautas de conducta, sentimientos y pensamientos que éste ha establecido a lo largo de su vida, especialmente en la relación interpersonal con el medio familiar. La identificación de la transferencia es clave para discernir entre la información que puede aportar voluntariamente el paciente, a través del discurso intencionado; o inconscientemente, a través de los lapsos, los juegos de palabras, las discrepancias entre el lenguaje verbal y no verbal y sobre todo de los silencios y omisiones; o bien de relatos repetitivos aparentemente sin importancia, los cuales al ser devueltos en la entrevista adquieren significados no antes conscientes.

Con la transferencia, al imputar al entrevistador cualidades o aspectos afectivos inmerecidos, el entrevistado aporta aspectos importantes de su personalidad, de sus miedos y aspiraciones, que no puede manifestar de manera abierta, consciente e intencionada.

La contratransferencia, por otra parte, es indeseable en la entrevista y se refiere a los fenómenos que aparecen durante la entrevista como parte de la agenda inconsciente del entrevistador.

La contratransferencia es generalmente inevitable y negativa para el proceso y debe estar en el centro de la capacitación del clínico, con la intención de enseñarle a identificar sus propios disparadores, agendas ocultas, asuntos inconclusos y tareas pendientes.

Resulta importante revisar estos conceptos, dada la importancia del hecho de que el clínico haya pasado por el proceso de una terapia personal, la cual le permita identificar los aspectos que inconsciente pudieran detonarse durante el proceso de entrevista y ser fuente de contratransferencia, por ende, de “contaminación” de la entrevista clínica. ¿Cuándo estuvo por última vez en el lugar del entrevistado?

SOBRE EL ENTREVISTADOR

Cuando el psicólogo clínico asume el papel de entrevistador se convierte, él mismo, en el instrumento de trabajo. Su psique, indefectiblemente, entra a ser parte de la relación

interpersonal con el entrevistado ya que son sus capacidades de apego, interconexión, sensibilidad e intuición, las cuales se ponen en juego al interactuar con otro ser humano.

Como responsable del producto de la entrevista, el entrevistador, debe estar consciente de los riesgos y limitaciones de su papel en la entrevista. Es decir, debe mantener un equilibrio entre la objetividad del observador y la sensibilidad del ser humano quien interactúa de manera real con alguien quien sufre de angustia y ansiedad y desea resolver una situación o conflicto; de otra forma, probablemente sus servicios serían innecesarios o de paga inmerecida.

Al enfrontar la situación del paciente, el clínico enfrenta sus propios miedos y temores, sus aspiraciones y deseos: su propia vida, salud o enfermedad, sus propios conflictos y frustraciones.

Por lo anterior, el entrevistador debe de operar disociado: en parte actuando con una identificación proyectiva con el entrevistado y en parte permaneciendo relativamente ajeno y objetivo, observando y controlando lo que ocurre en el proceso, con el fin de conseguir las metas preestablecidas. Esta disociación con la que debe operar el entrevistador es a su vez funcional y dinámica, en el sentido de que debe actuar permanentemente la proyección y la introyección, ser lo suficientemente flexible para permanecer en los límites de una actitud profesional (Bleger, 2002).

Más aún, el entrevistador debe jugar los papeles que le son promovidos por el entrevistado; pero sin asumirlos en totalidad.

Jugar el papel significa percibir el rechazo, comprender; hallar los elementos que lo promueven, las motivaciones del entrevistado para que ello ocurra y utilizar esta información para esclarecer el problema o promover la modificación en el entrevistado.

Permite, percibir las diferentes tonalidades afectivas, sospechar la simulación y cuestionar la intencionalidad del entrevistado, todos estos aspectos subjetivos; realidades que no pertenecen al mundo físico, pero que pueden conocerse a través de la interacción con otro ser humano, quien siente, percibe e intuye al igual que uno.

COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

SOBRE EL ENTREVISTADO

En psicología clínica el entrevistado es el paciente y además el objeto de observación y el sujeto de atención. Es el receptor de los servicios profesionales del psicólogo y tiene diferentes grados de responsabilidad en el curso de la entrevista.

Cuando la entrevista es voluntaria y solicitada por el entrevistado, es muy probable que éste tenga cierto grado de introspección de que algo no anda bien, de que algo ha cambiado o se ha modificado, incluso se percibe a sí mismo con ansiedad y temores; en suma, es muy probable que tenga consciencia de un problema y al tiempo tenga deseos de resolverlo. Por el contrario, cuando el entrevistado es referido y obligado, presentara con frecuencia resistencia, evasión y simulación ante el entrevistador.

En el primer caso, cuando la entrevista es procurada, los enfoques poco directivos y la participación activa del paciente conducen a una resolución satisfactoria del proceso y nuevas formas de percibir la situación y de significado. Por lo general en estos casos es fácil establecer las reglas del juego, las metas y conducir las entrevistas de forma secuencial hacia la terminación del proceso.

En el segundo caso, los enfoques más directivos e intencionados son necesarios, dada la frecuencia de que el entrevistado sea víctima de enfermedades mentales o físicas, resultado de un accidente o de una situación de guerra, o bien, porque han sido referidos por el médico o por un juez y no solamente presentan poca consciencia del problema, sino que carecen del deseo de ser evaluados o de compartir su situación. Más aún, en México es muy común que el paciente desconozca los posibles beneficios de la intervención psicológica, y que éste presente prejuicios negativos hacia ésta, lo cual lo hace proclive a resistir o rechazar la entrevista.

Por lo anterior, el clínico deberá recurrir al uso de todo el arsenal de recursos que posea: pruebas proyectivas y estandarizadas, cuestionarios estructurados, juegos y circunloquios; en fin, hará uso de cualquier artificio ético para obtener la información necesaria para completar la evaluación.

Por lo anterior resulta fundamental que el clínico aprecie y evalúe tempranamente las condiciones generales del entrevistado y proceda de manera natural, intencionada e inteligente para establecer una estrategia de relación, con la finalidad de ganar la

confianza del entrevistado; aunque no hay reglas establecidas para lograr lo anterior, cualquier psicólogo clínico perito y veterano coincidirá en señalar que la confianza del paciente es clave y fundamental para lograr cierto grado de éxito en la entrevista.

TIPOS DE ENTREVISTAS

La entrevista es una interacción humana con diferentes formas y tipos específicos, cada una de ellas tiene características particulares de acuerdo con el momento y las circunstancias que la rodean (Rodríguez, 1998). La entrevista es una técnica que exige de mucha capacitación y así dominar las habilidades requeridas para obtener la información necesaria para el juicio clínico de forma efectiva y profesional.

La entrevista puede clasificarse en varias categorías según su análisis, por ejemplo: voluntaria si el paciente acude por su propia decisión; o compulsiva y obligatoria si la entrevista es parte de un juicio o proceso penal.

En cuanto al método puede ser cerrada: si las preguntas ya están previstas, tienen un orden y una guía a seguir; o puede ser abierta: si el entrevistador tiene libertad para aportar información.

En cuanto al manejo la entrevista puede ser directiva: el entrevistador mantiene control sobre el entrevistado con preguntas específicas y definidas; o libre (no dirigida): si el entrevistado puede llevar el ritmo y la agenda. En la entrevista directiva la especificidad y enfoque se hacen a costa de la información espontánea, la cual refleja las características y valores del entrevistado de una manera natural. En la entrevista libre las preguntas son amplias para mantener hablando al entrevistado, mientras el entrevistador escucha cuidadosamente sin interrumpir ni discutir. El reto es interpretar los datos que podrían ser inadecuados e incompletos. Ciertamente, algunos paradigmas teóricos tradicionalmente han preferido un esquema u otro, por ejemplo, el enfoque psicodinámico utiliza técnicas no directivas como la libre asociación; mientras que en los enfoques conductual y cognitivo conductual se utilizan métodos más estructurados y dirigidos. Cabe señalar que en una visión clínica pragmática las estrategias y los tipos de entrevista a utilizar serán prescritos por el problema por abordar, adoptando una visión instrumental de las técnicas en función de los propósitos de la intervención profesional.

Con el adecuado manejo de la entrevista se puede obtener mucha información, evaluando la situación de una persona basándose en la comunicación que se establezca con la misma; con este procedimiento se obtiene información directa o indirecta de gran valor para alcanzar un juicio clínico (Sánchez y Valdés, 2003).

La efectividad de la entrevista no se basa solamente en las habilidades del entrevistador para manejarla y obtener la información deseada; también hay que considerar la disposición del entrevistado para con el entrevistador; por ejemplo, los pacientes califican mejor al psicólogo cuando lo pueden escoger, que cuando es asignado y cuando los pacientes tienen expectativas positivas hacia el proceso (Casado, 1998). En seguida revisaremos algunas habilidades esenciales para desarrollar una entrevista psicológica en el campo clínico.

HABILIDADES PARA LA ENTREVISTA

Atención

La atención es la primera habilidad que debe tener el psicólogo clínico, ya que de ésta depende mucho la utilización de las demás habilidades; pero esto no quiere decir que sea suficiente para una orientación exitosa. Todas las habilidades son importantes y están entrelazadas, mientras más habilidades posea el psicólogo clínico, la capacidad de ayuda de éste será mayor porque podrá interpretar y hacer un seguimiento adecuado de la información que el paciente le transmita.

El propósito de la habilidad de atención es alentar al paciente para expresar sus ideas, dar al paciente un sentido de responsabilidad, ayudarle a relajarse y sentirse cómodo en la sesión de consejo, aumentar la confianza y seguridad del paciente en el psicólogo clínico y así poder hacer inferencias más precisas sobre las expectativas del paciente.

Egan (1981) comenta que un buen psicólogo clínico debe ser perceptivo, atender cuidadosamente a la otra persona y escuchar tanto los mensajes verbales como los no verbales (atención psicológica).

COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Según Benjamín (1980), atender implica una preocupación por todos los aspectos de la comunicación e incluye escuchar el contenido verbal y observar las claves verbales y no verbales para descubrir los sentimientos que acompañan el discurso del paciente.

La conducta de atender consiste en escuchar efectivamente y observar cuidadosamente, por lo cual atender físicamente tiene dos funciones: comunicar al paciente que se le escucha y atiende de manera activa, y demuestra preocupación e interés. En el proceso es importante observar cómo el paciente se relaja y se siente cómodo cuando se le escucha, porque siente que realmente es importante para la otra persona.

Para cumplir lo anterior, el psicólogo clínico debe conducirse de una forma preestablecida, establecer contacto visual, postura corporal y seguimiento verbal preciso con el paciente. En la atención, se debe mirar cara a cara, mantener una postura abierta, un buen contacto con los ojos, inclinarse hacia el otro y permanecer relativamente relajado y cómodo.

Algunos datos que sugieren falta de atención son: pobre contacto visual, mirada fija o vacía, postura tensa o interrumpir frecuentemente al paciente. Peor aún, en algunos casos el psicólogo realiza otras cosas durante la entrevista toma apuntes, parece distraído o desinteresado o simplemente no presta cabal atención al cliente.

Cabe recordar que la atención y escucha activa son las bases fundamentales de la clínica psicológica y éstas no pueden descuidarse.

Escuchar

Cuando se habla de oír, se subraya el proceso fisiológico que tiene lugar cuando las ondas sonoras recibidas por el oído causan una serie de vibraciones y son transmitidas al cerebro; pero escuchar, es un proceso psicológico, el cual, partiendo de la audición, implica otras variables del sujeto: atención, interés, motivación, etc.

Escuchar de manera atenta permite explorar ideas y sentimientos e identificar nuevos asuntos de análisis. Una buena escucha ayuda para comprometer al paciente a ser sincero y retribuir la atención brindada. Escuchar activamente implica animar al paciente para hablar, más todavía para expresarse y revelar sus pensamientos y sentimientos.

COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

El psicólogo clínico es primariamente un receptor de la información que el paciente emite, misma que debe ser procesada en términos de enfoque, clarificación y ubicación de las preocupaciones que tiene el paciente. Para esto, saber escuchar es una habilidad muy importante, porque a través de esta actividad se colecta la información primaria acerca del problema o conflictos por los cuales pasa el paciente; además, en esta habilidad, se encuentran inmersos la atención, la observación y la comunicación, aspectos fundamentales para el desarrollo adecuado de una sesión de orientación.

Según Tyler (1991), ser diestro para escuchar es primordial para lograr una orientación eficaz, esto implica estar alerta tanto del paciente como del ambiente que lo rodea; implica estar atento a los sentimientos y pensamientos del propio psicólogo clínico. La atención puede ser clasificada como la destreza de escuchar, debido a que escuchar se define como la recepción de mensajes de un paciente, enfocando la atención, en lo que el paciente está expresando verbal y no verbalmente. Escuchar es tan importante, que algunos expertos equiparan la pericia del psicólogo clínico en relación inversa con el tiempo que éste habla en la sesión.

Sintonía

La sintonía durante la entrevista clínica es la capacidad del entrevistador para lograr una conexión efectiva con el paciente, de tal forma que éste sea consciente de que está siendo escuchado y que se está respondiendo a su discurso, sus sentimientos y sus preocupaciones.

Al comunicarle al cliente que está siendo escuchado le dará mayor confianza, apertura y seguridad para continuar el diálogo.

Canto (1997) menciona tres aspectos necesarios para lograr que el paciente sienta que está siendo escuchado: el contacto visual, la postura y el seguimiento verbal.

El psicólogo clínico debe iniciar con el contacto visual, ya que a partir de éste se forman las buenas o malas impresiones que facilitarán el desarrollo de la sesión.

El contacto visual debe ser iniciado por el psicólogo clínico, las impresiones fuertes, favorables o desfavorables se forman dependiendo de la clase y cantidad de contacto visual, esta conducta es imperativa, por lo cual es importante hacer notar al paciente el uso variado del contacto, de lo contrario se puede causar un sentimiento de incomodidad al tener la mirada fija.

El psicólogo clínico debe adoptar una postura con la cual se sienta relajado y cómodo, lo cual hará sentirse interesado en la comunicación. El lenguaje corporal y los gestos reflejan muchas cosas que no se dicen verbalmente, como el interés por el paciente, importante denotación para el logro de una buena interacción paciente-psicólogo clínico, que transmite seguridad y confianza al paciente.

Por último, con el seguimiento verbal preciso el psicólogo clínico le comunica directamente al paciente que está siendo escuchado con precisión, ya sea repitiendo las palabras clave de lo que el paciente dice, alentándolo para continuar con frases como: uhmm, aja, ¿sí?, o simplemente asintiendo con un gesto con la cabeza. Para un seguimiento verbal preciso, el psicólogo clínico debe evitar pasar a otros temas o cortar bruscamente lo que el paciente dice, así como tampoco interrumpir cuando éste hable, es necesario saber escuchar para posteriormente elaborar las preguntas pertinentes, en el momento adecuado. De esta manera se promueve el desarrollo favorable de la entrevista y al finalizar, si se escuchó bien y atentamente, se podrán obtener conclusiones eficazmente.

En el seguimiento verbal preciso el psicólogo clínico comunica respuestas verbales que va escuchando y observando; es importante que las respuestas verbales sean precisas, es decir, que expresen realmente lo que el paciente está pensando o sintiendo.

Según Cormier y Cormier (1991) existen cuatro respuestas de escucha básicas:

1. La clarificación: es una pregunta utilizada detrás de un mensaje confuso del paciente y que pretende precisar el significado.

2. La paráfrasis: consiste en la repetición de las palabras y pensamientos principales del paciente.

3. El reflejo de sentimientos: consiste en repetir la parte afectiva del mensaje y subrayar los sentimientos asociados con la idea.

4. La síntesis: es un resumen de los principales temas tratados por el paciente, elaborado por el psicólogo clínico, con la finalidad de corroborar la fidelidad de lo registrado.

Observación

La observación es una habilidad clínica por excelencia, la cual diferencia al perito del experto, al novicio del veterano y hace la diferencia en muchos casos. Durante la entrevista el psicólogo puede observar el tono, porte, grado de orientación, talante, aliño, tez y otros datos clínicos del paciente, como erupciones, forma de caminar, movimientos y otras muchas cosas relevantes para el diagnóstico. Sin embargo, a diferencia del médico, el psicólogo debe, a través de la observación acuciosa de la comunicación no verbal, poner en claro la diferencia existente entre lo que dice el paciente y lo que realmente pretende dar a entender.

La comunicación no verbal es un proceso eminentemente inconsciente que nos describe emociones y sentimientos y los manifiesta por medio del comportamiento humano Acevedo (1988) define la comunicación no verbal como una dimensión de los intercambios significativos de ilustración recíproca entre lo verbal y lo inconsciente. A lo largo de la entrevista, el entrevistado emite mensajes no verbales que acompañan, subrayan, corroboran y tal vez desmienten o contradicen sus propios mensajes verbales. La comunicación no verbal es un arsenal de información que no se interrumpe ni un solo minuto, como se interrumpe en cambio la expresión verbal.

Según Ivey (1991) la difícil y compleja tarea del psicólogo consiste en observar la dirección de pensamiento y comportamiento para entender esa cosmovisión única que posee de las cosas y puede ser evaluado en la clínica a través de: contacto visual, lenguaje corporal, tono de voz, velocidad del habla, uso del espacio físico y del tiempo, entre otras cosas.

En cuanto al lenguaje corporal, uno de los más relevantes y fáciles de percibir es la postura del cuerpo. El paciente puede, por ejemplo, cruzar los brazos (dato más evidente

de rechazo o defensa), deslizarse en el asiento (cansancio o evasión) o cruzar las piernas (poca apertura). También entran en esta categoría los gestos faciales. La mayoría de las veces se realizan de manera inconsciente y tienden a comunicar un mensaje más sincero que las palabras.

El tono de voz y la velocidad del habla del paciente indican mucho acerca de la condición en la cual se encuentra, principalmente de su estado emocional. Hablar rápido es a menudo asociado con nerviosismo e hiperactividad, mientras que hablar lento se asocia con letargo y depresión.

Entre los aspectos de la comunicación no verbal por observar son los silencios o interrupciones abruptas del discurso, la forma de saludar y el apretón de manos, la actitud general, el grado de sintonía afectiva, etc.

Una sonrisa, un gesto de preocupación, manos temblorosas, movimientos de los pies, entre otros, pueden decir muchas cosas sobre el paciente. Un gesto triste permite al psicólogo clínico conocer los sentimientos de la persona, aún cuando ésta no lo exprese verbalmente. El tono de voz cuando habla acerca de otro refleja sus sentimientos, ya sean de odio, amor, tristeza, etc., el paciente también puede demostrar enojo por la manera de decir las cosas o incomodidad con su postura y movimientos.

Información

En la mayoría de las entrevistas en el ámbito clínico, el psicólogo proporciona información relevante y valiosa para el paciente.

Como parte del equipo de salud una de las funciones fundamentales del psicólogo es educar y orientar al paciente, generalmente involucrado en una serie de procedimientos médicos, psiquiátricos o de rehabilitación.

Por lo anterior, es importante desarrollar durante la capacitación la habilidad para dar información. Sobre todo si se considera que en ocasiones, el problema fundamental del paciente se deriva de la falta de información.

Esta habilidad para informar consiste en la comunicación verbal hacia el paciente de datos sobre algún aspecto de su problemática. Por ejemplo, informarle sobre los efectos secundarios de una medicación particular y los riesgos de ciertos procedimientos quirúrgicos con la finalidad de que el paciente pueda evaluar los riesgos y consecuencias y tome mejores decisiones.

También se puede informar para corregir mitos o prejuicios que obstaculizan la adherencia a ciertos tratamientos, la toma de medicamentos o la realización de estudios clínicos importantes para establecer un diagnóstico preciso.

Resulta importante para el psicólogo clínico distinguir las diferencias entre informar y aconsejar. En la información se le brindan datos al paciente y se le permite tomar decisiones por sí mismo sobre alguna problemática; mientras al aconsejar se le indica al paciente qué hacer en determinada situación.

Empatía

La empatía se define como la capacidad del psicólogo de ponerse “en los zapatos del paciente” o de ser capaz de intentar ver la situación desde la perspectiva del paciente.

Aunque este es un término fundamental en los paradigmas humanistas, como habilidad de comunicación en la entrevista, la empatía es una herramienta fundamental dentro del arsenal terapéutico del psicólogo.

Por medio de la empatía, el psicólogo clínico se gana la confianza del paciente, así él se siente con la libertad de decir lo que piensa y lo que siente sin miedo de ser juzgado o criticado por sus sentimientos ante el problema.

Cuando se habla de problemas en el ser humano, implica tratar con sentimientos y emociones que acompañan al mismo. Sin embargo, expresar los sentimientos no siempre es fácil o socialmente aceptable, especialmente para los hombres quienes muchas veces reflejan sentimientos de manera indirecta por medio de comunicaciones no verbales como gestos, posturas, permanecer en silencio, dificultad para hablar, depresión, fatiga, dolores de cabeza, sudoración, entre otras. El trabajo del psicólogo clínico es hacer que el

paciente sea consciente de sus sentimientos y sea capaz de expresarlos, es decir, que no los niegue ni tenga miedo de demostrarlos y aprenda a aceptarlos.

Interrogatorio

El interrogatorio se compone de dos elementos: el cuestionamiento y el sondeo. El primero consiste en la formulación sistemática y no de preguntas durante la entrevista clínica y el segundo simplemente en hacer ciertas preguntas con fines de comunicación o procesamiento, es decir, el cuestionamiento es teleológico y tiene fines prácticos en la recolección de información y el sondeo es fenomenológico y pretende, facilitar el proceso de la entrevista.

El psicólogo clínico debe utilizar el cuestionamiento y el sondeo de manera inteligente, tanto para analizar cada uno de los puntos involucrados en el problema, como para hacer que el paciente se sienta satisfecho con la entrevista.

Sin duda alguna, una de las principales cualidades de un buen clínico reside en su habilidad para hacer preguntas pertinentes, enfocadas y oportunas. Lo anterior se conoce técnicamente con el cuestionamiento, es decir, la habilidad de hacer preguntas de una manera secuencial, intencionada y adaptativa.

En ambas habilidades, la clave fundamental consiste en la capacidad para hacer preguntas pertinentes, abiertas o cerradas, según sea la necesidad, no inquisitiva y con un propósito preestablecido por el clínico.

Con el sondeo se pretende “romper el hielo” e iniciar una conversación, establecer el rapport, relajar al paciente o bien aliviar alguna presión. Por otra parte, con el cuestionamiento se busca colectar información específica del paciente y generar una comunicación centrada en un aspecto particular. Cormier y Cormier (1991) formulan una serie de consejos para el uso de preguntas dentro de una entrevista:

a) Formule preguntas centradas en los problemas del paciente y no en la curiosidad o necesidades del psicólogo clínico.

b) Después de una pregunta, permita una pausa que dé tiempo suficiente al paciente para responder.

c) Formule solo una pregunta cada vez.

d) Evite preguntas acusadoras o antagonistas.

Es a través de las preguntas, de la compilación y el análisis de las respuestas del paciente, de la observación de las discrepancias entre lenguaje verbal y no verbal y de lo referido por el paciente en cuanto lo que piensa, siente y desea que el clínico pueda establecer las diferentes hipótesis diagnósticas durante la entrevista.

Clarificación

Como dijimos, la clarificación es una pregunta utilizada para aclarar un mensaje confuso del paciente. Ésta puede emplearse para explicitar el mensaje previo del paciente y para confirmar la exactitud de su percepción del mensaje; comprobar lo que usted ha escuchado del mensaje y hacerle saber al paciente que está siendo escuchado. Según Cormier y Cormier (1991) la clarificación consta de cuatro fases:

a) Identificación del contenido de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

b) Identificación de las partes vagas y confusas del contenido del mensaje del paciente.

c) Decidir cómo iniciar la clarificación (se sugieren frases como "¿Estás diciendo que...?" "¿Podrías hablarme más de...?", etc.).

d) Evaluar la efectividad de la clarificación, si ésta es efectiva se debe de lograr que el paciente profundice en el tema en cuestión.

Paráfrasis

La paráfrasis es una de las habilidades básicas de comunicación en la entrevista de orientación. La paráfrasis es una destreza, la cual demuestra al paciente que el psicólogo clínico está atendiendo a lo que él dice. En la paráfrasis se repiten las palabras y pensamientos más significativos del paciente. Cuando dicha declaración se hace en palabras exactas se le conoce como refraseo y cuando se realiza con palabras similares o parecidas, pero conservando el significado original, se le llama parafraseo. Ésta se concentra primariamente en el contenido verbal, es decir, en el contenido que se refiere a los eventos, la gente o las cosas.

Para ser diestro en esta habilidad, el psicólogo clínico debe estar atento al mensaje del paciente, identificar la parte más importante y significativa del mensaje y devolver en su oportunidad el mensaje con menos palabras.

Entre los propósitos de la paráfrasis están: comunicar al orientado que el psicólogo clínico entiende lo que está tratando de decir, promover una discusión más amplia del tema o simplemente devolver el discurso para que el entrevistado analice lo que él mismo dice.

La paráfrasis permite al psicólogo clínico verificar sus percepciones del contenido verbal de las declaraciones del paciente y responder a los mensajes cognitivos.

La paráfrasis puede confundirse con la habilidad de reflejo del sentimiento, sin embargo pueden diferenciarse en que la primera se refiere a hechos y la segunda, como su mismo nombre lo dice, se centra en los sentimientos.

Reflexión del sentimiento

La reflexión del sentimiento se utiliza para repetir la parte afectiva del mensaje del paciente. Tiene como propósitos ayudar al paciente para sentirse comprendido, animarlo para expresar más sentimientos, hacer catarsis y facilitarle el manejo y la discriminación de sus sentimientos.

La reflexión del sentimiento debe ser no inquisitiva y realizarse en un plano netamente emocional, con la intención simple de dar espacios para expresar, reconocer y aceptar sentimientos.

Para lograr un acercamiento constructivo se debe recurrir al reconocimiento de los sentimientos y emociones existentes en la entrevista y propiciar su expresión. Durante la entrevista, el psicólogo clínico debe comunicarse no sólo a nivel cognitivo sino también en el nivel afectivo.

La habilidad del psicólogo clínico para transmitir el mensaje de confianza con el paciente, al grado de que éste pueda reflexionar sobre sus sentimientos, se basa en la suposición de que el psicólogo clínico pueda mantenerse en contacto, identificar y expresar sus propios sentimientos, lo cual lo enfocaría para ayudar al paciente a identificar y expresar sus propios sentimientos.

Existen dos etapas en la reflexión del sentimiento, la primera de ellas consiste en localizar la presencia de palabras o las conductas no verbales que muestren el sentimiento, y una segunda que consiste en devolver al cliente, poniendo en palabras, estos sentimientos.

Sánchez y Valdés (2003) recomiendan evitar frases estereotipadas que ocasionan culpabilidad en el paciente, o tenga otro sentimiento y no le permita continuar, por ejemplo, “Usted se siente…”. De igual modo, se debe evitar reflejar los contenidos de los sentimientos con las misma palabras que ha utilizado el paciente o expresar los sentimientos con demasiada superficialidad o con excesiva profundidad.

En contraste con la paráfrasis, la reflexión del sentimiento se enfoca primariamente en el elemento emocional de la comunicación del paciente y es una respuesta empática al estado o la condición emocional del mismo.

Por último, cabe señalar que en esta habilidad hay un mayor riesgo de contratransferencia, por lo cual el profesional debe estar atento al juego de sus propias emociones en este proceso.

Confrontación

La confrontación como habilidad en la entrevista es una de las más difíciles de dominar y utilizar. Se define como el acto de identificar y poner en la mesa las discrepancias, los conflictos y los mensajes ambivalentes, los cuales se producen en los pensamientos, sentimientos y acciones del paciente. La confrontación permite que el paciente explore otras formas de percibir su problemática, y sea más consciente de las discrepancias entre sus pensamientos, sentimientos y acciones. Esto tiene el propósito de producir un cambio en él.

Todo psicólogo clínico debe tener algunos años de experiencia para poder distinguir en qué momento es propicio y necesario realizar una confrontación y la mejor manera de hacerlo.

En un principio es difícil discriminar el momento exacto cuando surge la confrontación de los momentos comunes, por esto el respaldo de prácticas previas es necesario para encontrar el momento crucial para orillar a una confrontación. Es necesario tomar en

cuenta que la confrontación conlleva el riesgo de producir incomodidad y disgusto en el paciente; sin embargo, muchas veces durante la entrevista es indispensable llegar a confrontar el paciente si se desea un cambio en la conducta o en el pensamiento.

También es importante señalar que el psicólogo clínico debe confrontar al paciente de acuerdo con su propio estilo y personalidad y hacerlo de la manera menos dura.

Los pacientes pueden reaccionar de distintas formas, distorsionar los mensajes de la confrontación, ya que no todos se encuentran debidamente preparados para enfrentarla. En algunos casos, pueden negar la presencia de la incongruencia o mostrarse confundidos sin entender el mensaje de la confrontación o bien aceptarla de manera falsa para evitar que el psicólogo clínico siga insistiendo en el tema.

La importancia de la confrontación como herramienta para el psicólogo clínico es que brinda la oportunidad para poner sobre la mesa la esencia del problema y llevar al paciente al análisis de una manera más objetiva.

Para realizar la confrontación se hace necesario que el psicólogo clínico identifique el tipo de discrepancia, prepare la presentación de la misma al paciente en la entrevista y estudiar la reacción de éste.

Confrontar es mucho más que una exposición de las observaciones e inferencias del psicólogo clínico. La misma naturaleza de la confrontación es en sí misma conflictiva, pues la información que se maneja en ella es en algunos casos dolorosa para el paciente y por tanto únicamente podrá ser efectiva si se presenta con una sólida base de confianza, aceptación y entendimiento entre el orientado y el psicólogo clínico. Por lo anterior, la confrontación es una habilidad importantísima en la entrevista, que a pesar de sus riesgos, permite desarrollar insight en el paciente.

Interpretación

Con la interpretación se proporciona al cliente una perspectiva diferente de sí mismo u otras explicaciones de sus actitudes y conductas (Cormier y Cormier, 1991). También con la interpretación se pretende, a partir de la información colectada en la entrevista,

establecer asociaciones o relaciones causales entre conductas, ideas o sentimientos y entre estos.

Las interpretaciones efectivas no son disociadas de las ideas expresadas por el paciente y hacen énfasis en los elementos con una connotación positiva.

Cuando la interpretación es efectiva contribuye al aumento de la autoexploración del paciente, el establecimiento de relaciones causales en su problemática y le permite confrontar puntos de vista diferentes acerca de sí mismo. El objetivo final de la interpretación es promover el cambio en el paciente, por esto el psicólogo clínico, al usar la habilidad de interpretar durante la entrevista, debe utilizarla en el momento oportuno, ya que al igual que la confrontación, la aceptación y contribución de la interpretación de lo expresado, exige de apertura y confianza por parte del paciente.