870125 7 2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE PSICOLOGIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMPARACION DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACION DEL TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE J. C. RAVEN EN PACIENTES PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS Y POST-HOSPITALIZACION

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

CLARITZA DOLORES CRUZ OCHOA

GUADALAJARA, JAL. OCTUBRE, 1987

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

CAPITULO I " INTRODUCCION "

I.1 Introducción General. 3
I.2 Objetivos dela Investigación. 7
I.3 Definición de Términos Claves. 8
I.4 Información Previa General. 9
I.5 Limitaciones de la Investigación. 12

CAPITULO II " REVISION DE LA LITERATURA "

II.1 Pacientes Psiquiátricos y Enfermedad Mental. 14
II.2 Enfermedad Mental y Clasificación. 16
II.2.1 Trastornos Esquizofrénicos.
II.2.2 Trastornos Afectivos.
II.2.3 Trastornos de la Personalidad.
II.2.4 Trastornos por uso de sustancias.
II.3 Inteligencia y su Medición 31
II.3.1 Definiciones de Inteligencia.
II.3.2 Antecedentes Históricos de la Medición de la Inteligencia.
II.3.3 Limitaciones de las pruebas de inteligencia.

II.3.4 Determinación de la fiabilidad del Test -retest.

II.4 Inteligencia y Enfermedad - Mental. 45

II.4.1 Personalidad e Intelecto.

II.4.2 El desconocimiento Teórico de la Inteligencia y su confusión clínica.

II.5 Test de Matrices Progresivas (J.C. Raven) 50

II.5.1 Fundamentos Teóricos.

II.5.2 Confiablidad y Validez.

II.5.3 Descripción del -- Instrumento.

CAPITULO III " MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL Y METODOLOGIA "

III.1 Establecimiento de Hipótesis. 64

III.2 Establecimiento de Objetivos. 65

III.3 Población y Muestra 66

III.4 Variables 68

III.5 Esenario 69

CAPITULO IV " ANALISIS DE DATOS "

IV.1 Análisis Estadístico de las hipótesis. 70

CAPITULO V " CONCLUSIONESY SUGERENCIAS " 88

CAPITULO VI " ANEXOS " 96

CAPITULO VII " BIBLIOGRAFIA " 99

C A P I T U L O 1

I N T R O D U C C I O N

" Mantengo a seis sirvientes honestos (me enseñaron todo lo que se) sus nombres son: que, por que, cuando, como,- donde y quien "

Rudyerd Kipling.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

1.1 INTRODUCCION GENERAL

La historia de la psicología clínica como ciencia y - como profesión, está intimamente relacionada con el desarrollo, administración e interpretación de las pruebas psicológicas y apesar de que los psicólogos clínicos hoy en dia desempeñan - muchas funciones además de la aplicación de las pruebas, aunforman parte de la investigación y práctica clínica. Por lo - tanto es esencial que se considere la naturaleza y caractorísticas de las pruebas psicológicas, los procedimientos para su elaboración y los resultados de su aplicación.

Tomando en cuenta lo anterior, se cuestiona lo siguiente:

¿ Es adecuada la utilización del test de Matrices Pro-Gresivas de J. C. Raven como instrumento de medición para el-diagnóstico de coeficiente intelectual en paciente psiquiá - tricos ?

Ya que como menciona el manual del test de Raven, por-su caracterización, " es un test de clasificación y clínico " y por su aplicación es un test para administrarse " en las - clínicas psicológicas para un primer exámen de capacidad -- intelectual y como medio de exámen de deteriore mental." (1)

Surguiendo esta inquietud en el transcurso de mi -- experiencia clínica y en especial en la aplicación de este test en pacientes psiquiátricos como instrumento de medición para-determinar su coeficiente intelectual; observandose en la --

mayoría de los casos un diagnóstico de coeficiente intelectual no concordante con los antecedentes previamente establecidos - en el expediente clínico, así como con la observación clínica, refiriendose con esto al desempeño escolar, laboral y social,- siendo estos en múltiples ocasiones un desempeño adecuado, no- concordante con el rango y diagnóstico que nos da este test, - ya que por lo general corresponde al rango más bajo : 1 y -- diagnóstico de " deficiente mental ". Encontrandose además un- alto índice de pruebas invalidadas en la aplicación de este -- test, no teniendose establecido que tan alta es la proporción- de pruebas invalidadas en pacientes psiquiátricos; con la fi - nalidad de obtner si es adecuada la utilización de este ins-- trumento en pacientes psiquiátricos, determinar que tan válida y confiable está siendo este instrumento en esta área, así -- como determinar si existe alguna patología específica que pro- voque la invalidez de los resultados, o tratar de valorar si - los fundamentos en los que se basa este test como son: la --- aprhensión de relaciones y coorelaciones, basadas en la per -- sepción y razonamiento lógico, se pueden ver severamente afec- tadas en el paciente psiquiátrico.

Tratandose de dejar claro y establecido al finalizar el presente estudio de investigación que tan válido y confiable - es este instrumento como medio de diagnóstico de coeficiente - intelectual en pacientes psiquiátricos, brindandose información experimental y estadística al campo de la psicología que se - enfrenta al tratamiento y evaluación del paciente psiquiátrico, y ya que el test de Raven es un isntrumento que se utiliza muy frecuentemente en la evaluación y valoración del paciente psi- quiátrico, formando su diagnóstico, parte de las metas psico - terapéuticas que posteriormente recibirá el paciente, ya que- si se le etiqueta como " deficiente mental " es de suponerse - que se le verá como tal.

Motivos por los cuales se inició el presente estudio de investigación, en el cual se tomó como muestra a pacientes del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios del Municipio de Zapopan del Estado de Jalisco, siendo seleccionados por medio de un muestreo aleatoreo, utilizandose como instrumento base el test de Matrices Progresivas de J. C. Raven, realizandose una primera aplicación al encontrandose el paciente hospitalizado, pero en condiciones mentales de administrarsele un test psicológico, utilizandose el criterio de esta institución: que no presente agitación psicomotriz, que no atraviese una etapa delirante aguda, que no se encuentre marcadamente somnoliento o agresivo, así como que no presente algún trastorno o malestar físico que le impida realizar la tarea.

Por otro lado, para comparar si existía diferencia en los resultados del test de Raven en cuanto a la proporción de pruebas invalidadas, así como en los rangos y diagnósticos obtenidos durante el período de hospitalización, se realizó una segunda aplicación al mismo sujeto al recibir su alta médica, y por consiguiente libre de sintomatología aguda y fuera de su internamiento; esto con el fin de delimitar si el test de Raven unicamente se invalida durante el período de internamiento, así como ver si existía cambios severos en los rangos obtenidos al aplicarseles durante su internamiento y fuera de el y evaluar si los resultados del test varían dependiendo del cuadro clínico padecido. Tratandose de dejar establecido cuando es adecuada la utilización del test o si en su defecto existe la necesidad de realizar una nueva revisión del test para pacientes psiquiátricos, así como el establecimiento de nuevos baremos.

Una vez expuesta la inquietud y justificación personal que da lugar la presente estudio de investigación, se expondrá

a continuación diferentes puntos de vista con respecto a este test, de dos autores reconocidos en el campo de la medición.

Anastasi menciona: " Las normas del test de Matrices-Progresivas se basa en muestras británicas que incluyen 1407 niños y 3665 adultos en el servicio militar, a quienes se - les aplicó el test durante la segunda guerra mundial y 2192- civiles. El uso de este test en diversos países Europeos -- indicó también la aplicabilidad de las normas dadas. Sin -- embargo, los estudios sobre algunas culturas no Europeas han hecho surgir dudas sobre la adecuación de este test para -- grupos de medio ambiente muy distinto. En estos grupos se vió además que el test reflejaba la cuantía de la educación y que era suceptible a una considerable práctica. El test de Matrices Progresivas es muy inadecuado, pues proporciona poca --- información sobre la fiabilidad y ninguna sobre sobre la -- validez. " (2)

David Rapaport menciona: " El examinador que busca un diagnóstico de la inteligencia debe formular supuestos específicos sobre la naturaleza de las funciones sondeadas por un - test de inteligencia. Un suceso psicológico es un complejo y variado conjunto de influencias e interacciones. No cabe esperar por lo tanto, que todos los casos comprendidos dentro de un - mismo grupo nosológico presente idénticos patrones de cómputo; pero si puede esperarse que en cualquier grupo nosológico, gran parte de los casos presenten, como reflejo del desorden, disminuciones parecidas y que estas disminuciones se hagan evidentes en los computos de los tests de inteligencia. Si esta -- deducción es válida entonces puede aspirarse a reconocer di - ferentes síndromes, deduciendo el patron característico de la disminución de las funciones intelectuales." (3)

Ya una vez expuesta la inquietud que dió inicio al - presente estudio, así como la justificación del mismo, se - desea que al finalizarlo se obtenga tanto un aprendizaje - como una aportación más al amplio campo de la psicolgía -- clínica, y en especial al campo de la medición y evaluación, herramienta tan importante para el psicólogo clínico, con - el fin de que esta sea cada vez lo más objetiva, válida y - confiable posible.

1.2 OBJETIVOS DE INVESTIGACION

- Realizar una comparación en la prporción de pruebas invalidadas y puntajes obtenidos entre la priemra aplicación (paciente hospitalizados) y segunda aplicación (pacientes post - hospitalización) , con el fin de obtener si es válida y confiable la utilización de este instrumento en pacientes- psiquiátricos, delimitando la influencia del padecimiento e- internamiento del paciente en la invalidez de los resultados así como en el rango que se obtenga tanto en la primera como segunda aplicación.

- Realizar una clasificación de los pacientes en base al cuadro clínico padecido, para posteriormente hacer comparaciones de las proporciones de pruebas invalidadas por -- cuadro clínico, con el fin de obtener si existe influencia - directa del cuadro clínico específico en la proporción de - pruebas invalidadas, o lo que es lo mismo si existe algún - cuadro clínico en especial que provoque la invalidez de los- resultados.

- Como objetivo consecuente: Realizar una ccorrelación entre el nivel socio - cultural o escolaridad cursada y el - puntaje obtenido en la segunda aplicación, con la finalidad- de obtener si existe coorrelación entre ambos ya que en el -

manual del test de Raven se menciona que " Es un Instrumento destinado a medir la capacidad intelectual para comparar -- formas y razonar por analogía, con independencia de los conocimientos adquiridos. " Notando lo contrario en el trayecto- de la recolección de la muestra, ya que se observó que a - mayor grado de escolaridad cursada o nivel socio - cultural- mayor sería el puntaje obtenido.

1.3 DEFICINION DE TERMINOS CLAVES

Inteligencia: " Capacidad de comprender, evocar, movilizar e integrar constructivamente lo que se ha aprendido y - de utilizarse para enfrentarse a nuevas situaciones. " (4)

Test: " Prueba universalizada en su administración y- nomenclatura, que ilustra sobre ciertas características intelectuales, afectivas, sensoriomotoras del sujeto, permitiendo- situarlo objetivamente en relación de contraste con los otros miembros del grupo social al que pertenece. " (5)

Test de Inteligencia: " Medida objetiva de la capacidad intelectual de un sujeto, con respecto a sujetos de su misma- edad. " (6)

Test de Matrices Progresivas de J. C. Raven : " Test- destinado a medir la capacidad intelectual, para comparar - formas y razonar por anlogía, con independencia de los conocimientos adquiridos. Informa acerca de la capacidad presente del examinado para la actividad intelectual en el sentido de su más alta claridad del pensamiento en condiciones de - tiempo ilimitado. " (7)

Pacientes psquiátricos:" individuo que se queja, el - mismo o bien las personas que lo rodean, de su conducta, de-

sus pensamientos o de sus sentimientos. " (8)

1.4 INFORMACION PREVIA GENERAL (REVISION DE ESTUDIOS RECIENTES)

Realizando una consulta en los Servicios de Consulta a Bancos de Información, se encontraron un total de quince estudios en relación a la aplicación del test de Matrices Progresivas en pacientes psiquiátricos, considerandose los siguientes estudios que se expondran a continuación, los de mayor relación a la presente investigación:

En los meses de marzo y abril de 1984, R. Duytek, E. Opgenoorth y O. Presslich, en la revista " Psycopathology " vol. 17 pags. 49 - 58, con el título " Desarollo de una versión corta del Test de Matrices Progresivas de Raven para la aplicación de una valoración de la capacidad intelectual en la investigación psicopatológica "

Se analizó el estandar del test de Matrices Progresivas de Raven en términos de los métodos clásicos y probabilísticos, basados en una muestra de 300 pacientes psiquiátricos, para desarollar una nueva versión de 30 ítems. Esta nueva versión del test fué estandarizada en una muestra de 1200 pacientes psiquiátricos; computandose una nueva tabla de percentiles. La validez con respecto a la medición de la inteligencia por medio de esta nueva versión fué probada por medio de la comparación de los resultados con una versión corta del test de inteligencia de Wechsler de Hamburgo.

En el mes de marzo de 1985, Henry Burke, en la revista " Journal of Clinical Psychology " , vol. 41, pags. 231 - 35, con el título " Matrices Prgresivas de Raven, estudio sobre normas de validez y confiabilidad "

En resumen el presente estudio consiste en proveer - nuevas normas del test de Raven para la población americana y en especial para pacientes psiquiátricos, basandose en una muestra de 2,992 pacientes psiquiátricos vteranos, recién - admitidos en el hospital, indicando al finalizar el estudio la necesidad de una nueva revisión del Raven en pacientes - psiquiátricos.

En el año de 1983, 1. Kuhnlein, Kurt Hahlweg, G. Muller y B. Sevenitz, en la revista " Diagnóstico " vol. 29, pags.- 236 - 46, con el título " Examinación del Raven para el área paiquiátrica y desarollo de formas cortas "

Se realizó un estudio con una muestra alemana de 194- pacientes psiquiátricos, de edades que fluctuaban entre los- 15 y 61 años de edad, encontrandose en el análisis de los - ítems la necesidad de una rordenación de estos, realizandose esta, y dando lugar a dos formas más cortas del test de Raven, con calidad psicométrica, comparables a la medida original.- Estas formas cortas, proveen una medición más aceptable y - económica, así como la posibilidad de efectuarse dos veces - la misma prueba.

En el mes de febrero de 1984, F. P. Liddle y T. J. - Crow, en la revista " British Journal Of Psychiatry ", vol.- 144, pags. 193 - 99, con el título " La desorientación -- tmporal en la esquizofrenia asociada con el daño intelectual global "

Se estudió la desorientación temporal en la esquizo-- frenia crónica, para determinar si son parte de un daño -- intelectual global, o si son relacionados a un déficits .- -

específico del aprendizaje. Constando la muestra de 21 --- pacientes psquiátricos esquizofrénicos desorientados --- temporalmente (edad promedio de 56.7), comparandolos con pacientes psiquiátricos esquizofrénicos pero orientados - temporalmente (edad promedio de 57.3). Utilizandose como instrumentos de medición el test de Matrices Prgresivas, - el subtest digito - simbólico del Wais y un test que midiera demencia. Mostrando los resultados, daños substanciales en las áreas de orientación, conocimiento general y aprendizaje asociativo, así como que la desorientación temporal es -- significativa en la esquizofrénica crónica, caracterizada- por un daño intelectual severo.

En el mes de mayo de 1981, Michael Taylor, Joel -- Redfield y Richard Abrams, en la revista " Biological Psyquiatry " Vol. 16 pags. 467 - 78, llevando como título " Disfunción- neuropsicológica en la esquizofrénia, enfermedades afectivas y orgánicas "

Se utilizó una batería de tests entre los cuales se incluía el test de Matrices Progresivas, para estudiar el- funcionamiento cortical de 52 pacientes con desordenes -- afectivos (edad promedio de 39.7), 17 pacientes esquizofré- nicos (con edad promedio de 37.8) y 8 pacientes con enfermedad mental orgánica (edad promedio de 50.8). Después de obtener la varianza de acuerdo a la edad, sexo, nivel educacional- y drogas psicotrópicas, se encontró que en los test que - evaluavan funciones correspondientes al hemisferio dominante, los esquizofrénicos se comportaban peor que los pacientes con desordenes afectivos, no encontrandose diferencias con- los pacientes orgánicos. En los tests que evaluavan funciones del hemisferio no dominante, el comportamiento de los -- esquizofrénicos fué similar al de los otros dos grupos.

Los hallazgos son consistentes con aquellos derivados de otros estudios neuropsicológicos, así como la Tomografía-Transaxial Computarizada y el E. E. G.

Como se puede observar son realmente pocos los estudios realizados con respecto a la aplicación del test de Matrices Progresivas en pacientes psiquiátricos, encontrandose solo - quince estudios publicados, siendo los anteriores lo que -- mayormente se relacionaban con el presente estudio. Es evi - dente que todos estos estudios fueron realizados en Estados-Unidos, no encontrandose ninguno en relación a este tema, - realizado en México. Concluyendose de estos estudios, la - necesidad de la revisión del test de Matrices Progresivas en pacientes psiquiátricos, así como la reordenación de sus - items, dandonos formas cortas y más apropiadas, utilizandose nuevos percentiles, normalizados en pacientes psiquiátricos, los cuales son desconocidos en México, ya que se siguen -- utilizando los percentiles que provee el manual de este test.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

- Se realizó el presente estudio en pacientes psiquiá-tricos particulares del Hospital Psquiátrico San Juan de -- Dios.

- Se seleccionó la muestra por medio de del muestreo-aleatoreo sistemático, tomandose como base la tabla de --- ingresos diarios de dicho hospital.

- Se realizó la primera aplicación del test, estando-

el paciente fuera te Tratamientos Intensivos, en condiciones adecuadas para la administración de pruebas psicológicas, - utilizandose el criterio de dicho plantel (explicado con - anterioridad en la introducción), realizandose una segunda- aplicación o retest, al recibir el paciente su alta médica,- fuera de su período de internamiento, existiendo un intervalo de 3 a 4 cuatro semanas entre la primera y segunda aplicación, período aceptable en el retest de una prueba de inteligencia tomando como referencia bibliográfica a Butcher, en su libro Inteligencia Humana, (pag. 250).

C A P I T U L O 11

R E V I S I O N D E L A L I T E R A T U R A

" Los miedos que conocemos
provienen de no conocer. "

W. H. Auden

CAPITULO 11

REVISION DE LA LITERATURA

11.1 PACIENTES PSIQUIATRICOS Y ENFERMEDAD MENTAL

" Tradicionalmente se ha definido la psiquiatría como la rama de la medicina que se ocupa del estudio y tratamiento de las personas enfermas de la mente. Debe entenderse como- persona enferma de la mente o enfermo mental, o si se quiere " enfermo de los nervios " aquel individuo que se queja, él mismo, o bien las personas que lo rodean, de su conducta, - de sus pensamientos o sentimientos. " (9)

Al estudiar a un individuo, tanto el psiquiátra como el psicólogo clínico deben de analizar detenidamente diversos factores psicológicos, socio-culturales y biológicos, ya -- que en diversos aspectos la psiquiatría como la psicología- clínica son tanto ciencias sociales como biológicas. El -- estudio del paciente psiquiátrico o enfermo mental culminará en un diagnóstico integral que precisará las causas y - - clasificación del padecimiento, constituyendo esto un medio para llega a un fin el cual es la curación de la persona, - la integración de esta a la sociedad, a su familia y a su - trabajo.

Siendo en general los fines de la psiquiatría y la - psicología clínica el estudiar, mejorar, curar y prevenir - los trastornos mentales

Remontandonos un poco al pasado encontramos en él, - que la psiquiatría trataba solo aquellos enfermos los cuales presentaban grandes trastornos de la conducta; a quienes - por la gravedad e intensidad de los síntomas y los escasos-

recursos terapéuticos de los que se disponían, era menester internarlos en hospitales con asistencia médica general, asilos a los cuales se les llamaba manicomios, siendo impotentes para curar y mejorar. Estos seudo hospitales cada día aumentaban más su población, y a medida que pasaban los años eran cada vez más insuficientes. Afortunadamente en la actualidad esta situación a cambiado, pues hoy en día la mayoría de los países civilizados dan gran importancia al estudio y tratamiento de los enfermos mentales. Actualmente tanto en la Psiquiatría como en la Psicología Clínica, pueden llegar a un diagnóstico clínico, así como a un pronóstico y sobre todo a una terapéutica más efectiva, que beneficiará al individuo y a la sociedad, más sin embargo aún encontramos tropiezos y errores en el tratamiento del paciente psiquiátrico, lo que llamaríamos el psiquiátra y el psicólogo materialista, considerando al paciente solo como un organismo provisto de cierta sintomatología y malestares, y no como un individuo, como una persona, es decir como un ser único que vive en un momento y en una sociedad en particular.

En la rama de la salud mental se está tratando de que se vea al paciente psiquiátrico de manera más humana, y no como un ser excepcional, apartandolo o rechazandolo, existiendo una gran tendencia a incorporar el departamento de psiquiatría a los hospitales generales.

Al igual que en otros países del mundo, en México el número de enfermos que ingresan a los hospitales psiquiátricos ha tendido ha declinar, no por que disminuya el número de enfermos mentales, sino por la mayor eficacia de los tratamientos que se le ofrecen al paciente psiquiátrico, tanto el médico como el psicólogo, siendo esto una gran motivación

para todos aquellos que trabajamos con este tipo de pacientes, para ampliar cada vez más las expectativas del paciente y - ofrecer una gama más amplia de oportunidades de mejoría.

11.2 ENFERMEDAD MENTAL Y SU CLASIFICACION

" Las manifestaciones clínicas de la enfermedad mental son el resultado de la interrelación de fuerzas complejas : biológicas, sociales, culturales y psicológicas. Estas -- manifestaciones clínicas son esencialmente expresiones de - una crisis en el proceso adaptativo. La adaptación desde un punto de vista psiquiátrco, se refiere a una serie de cambios que ocurren en el interior de una persona como resultado de los cuales satisface sus deseos y necesidades en relación a sus satisfacciones personales y a las realidades de su --- ambiente. Las alteraciones de estos procesos se manifiestan principalmente como anomalías del pensamiento, de los sen - timientos y conducta." (10)

El DSM 111 refiere que aunque en este manual presenta una clasificación de trastornos mentales, no existe una - definición satisfactoria que especifique límites del concepto de trastorno mental. En este manual, cada uno de los tras - tornos mentales, es conceptualizado como un síndrome o como un patrón psicológico o conductual, clinicamente significativo que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de- forma típica con un síntoma perturbador o de deterioro, en- una o más áreas principales del funcionamiento. Además hay- que inferir que se trata de una disfunción biológica, psico- lógica o conductual.

Siendo una afirmación que se repite con frecuencia,- la de que toda clasificación de enfermedades mentales debería de abolirse, basandose en que entre los trastornos solo --

existen diferencias cuantitativas y que todos los casos son distintos y por lo tanto no pueden ser agrupados, por lo - cual deben de describirse individualmente. Pero es inútil- habla de abolir la clasificación, pues ésta es un medio para reducir la complejidad observada, las similitudes o analogías que existen en un conjunto de patologías y es entonces cuando se agrupan de manera abstracta con el fin de tratar con ellas más facilmente.

Por consiguiente se tratará de realizar una clasificación muy general pero representativa y clara de las principales patologías que abarca este estudio, basandose en el DSM 111.

11.2.1 TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS

Nos remontaremos un poco a la historia, ya que para- entender cualquier concepto es necesario revisar sus orígenes y raices.

Aunque antes no recibía el nombre de esquizofrenia,- desde hace mucho tiempo se reconoció el cuadro clínico que- ahora conocemos como esquizofrenia. En 1849 Jhon Conolly - (1794 - 1866) en Inglaterra, defensor de la técnica " nomaniatar " afirmó: " las personas jóvenes con frecuencia - caen en un estado mas o menos parecido a la mlancolía, sin- que se pueda descubrir una causa de su tristeza y desde -- luego sin una pena específica; se vuelven indolentes y --- continúan sus ocupaciones o diversiones en forma mecánica y sin interés, volviendose extremadamente apáticos. "

En 1860, el psiquiátra Belga , Morel, utilizó por - primera vez el término demencia - precoz. Morel interpretó-

la desorganización de la personalidad como una detención en el desarollo, que debería de agruparse junto con la debilidad mental, entre las variantes de las " degeneraciones inte - lectuales, físicas y morales ", que resultan de factores - hereditarios.

El siguiente paso fué la descripción de Hecker en el año de 1871, de la hebefrenia, escribió Hecker, " los riesgos de la hebefrenia, son principalmente, su aparición ligada a la pubertad, la sucesión de diversas formas o su aparición - cambiante (melancolía, manía y confusión), la rápida evolución del padecimiento, que termina en un debilitamiento psíquico, y una forma característica de deterioro final, cuyos indicios pueden observarse desde las primeras etapas de la enfermedad."

En 1874 Kahlabum describe " locura de tensión ", como un estado en el que el paciente se sienta calladamente o mudo por completo, inmóvil, sin que nada le haga cambiar de posición con el aspecto de estar absorto en la contemplación de un - objeto, con los ojos fijos en un punto distante y sin una - volición aparente, sin reacción ante las impresiones sensoriales y algunas veces con una flexibilidad cérea al igual que en la catalepsia.

Hasta que se llega a las concepciones de Kraepelin, - Bleuler, Mayer y Freud, en las cuales actualmente se basa la esquizofrenia.

Kraepelin agrupó varios sindromes clínicos de los -- cuales tenía la idea de que provenían de una sola identidad- psicopatológica, puesto que tenían en común varios rasgos. - Opinaba que los resultados clínicos de estos procesos con -- sistían en un debilitamiento de las reacciones emocionales y

volitivas, así como una pérdida entre las conexiones armónicas y las reacciones emocionales, volitivas e intelectuales.

Bleuler, fué el primero en señalar que no solo era interesante, sino también de gran importancia considerar seriamente, desde un punto de vista científico, el contenido de los pensamientos, de las tendencias, de los instintos y de todo lo que hiciera el enfermo. Notando además que si se estudiaban a fondo las alucinaciones y las ideas delirantes del paciente, podían coorrelacionarse con sus antecedentes vitales, con sus primeras esperanzas, miedos y con las primeras relaciones vividas con sus padres y hermanos.

Una vez que Bleuler se convenció de la importancia de las influencias psicológicas de cuadro patológico de la esquizofrenia, comprendió que debería de tratarse con psicoterapia, dandole una gran importancia a la relación que debería de existir entre la enfermera y el enfermo, así como llegó a la conclusión de que una gran parte de los síntomas esquizofrénicos podían entenderse atravéz de la misma simbolización que Freud había descubierto en los sueños y en los rasgos neuróticos.

Antes de que se publicara el trabajo de Bleuler, Meyer había expuesto su concepción dinámica de la esquizofrenia descubriéndola como " una desadaptación lógicamente comprensible si se tomaban en cuenta las experiencias y los antecedentes vitales del emfermo ", dando gran importancia al concepto de tipo de reacción y deterioro de los hábitos " El esquizofrenico, en vez de encararlos con una acción decisiva, sustituye dicha acción con tentativas defectuosas e ineficases para evitarlos".

Como se puede ver, analizando las consepciones --- anteriores de los diferentes autores, los cuales son la - base en la historia de laesquizofrenia y de la psiquiatría misma, nos damos cuenta como en la actualidad se han ido - modificando o cambiando conceptos, pero en principio, -- coinciden en citar la esquizofrenia como una desorganización de la personalidad, que afecta principalmente la conducta, el pensamiento y el afecto.

Revisando el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 111) en el apartado de trastornos esquizofrénicos, define al mismo:

" Presencia de determinados síntomas psicóticos - durante la fase activa de la enfermedad, síntomas característicos que implican múltiples procesos psicológicos, -- deterioro del nivel previo de la actividad, inicio antes - de los 45 años y una duración de seis meses como mínimo. - La alteración no es debida a un trastorno afectivo, ni a - un trastorno mental orgánico. En alguna de las fases de la enfermedad esquizofrénica se encuentran ideas delirantes,- alucinaciones o alteraciones del contenido del pensamiento." (11)

CRITERIOS DEL DSM 111 PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO ESQUIZOFRENICO:

A.- Presencia de alguno de los siguientes síntomas - como mínimo durante la fase de la enfermedad.

1) Ideas delirantes extrañas (contenido claramente- absurdo y sin base)

2) Ideas delirantes somáticas de grandeza, religiosas, nihilistas u otras ideas delirantes sin contenido de persecución o de celos.

3) Ideas delirantes persecutorias o celotípicas si se acompañan de cualquier tipo de alucinaciones.

4) Alucinaciones auditivas en las que las voces comenten los pensamientos o la conducta del sujeto, o conversen entre sí.

5) Alucinaciones auditivas que en ocasiones contengan más de una o dos palabras, sin relación con la depresión o con la euforia.

6) Incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa.

B.- Deterioro del nivel previo de la actividad laboral.

C.- Duración de seis meses como mínimo, con sintomatología continua a lo largo de la vida del sujeto, con algunos signos de enfermedad en la actualidad.

D.- Presencia de un sindrome maniaco o depresivo completo aparecido tras síntomas psicóticos o de duración más breve que los síntomas psicóticos del criterio A.

E.- Inicio de la fase activa antes de los 45 años.

F.- Todo ello no debido a trastorno orgánico o retraso mental.

Una vez ya definidos los criterios para el diagnóstico clínico de trastorno esquizofrénico, se mencionarán a continuación los tipos de esquizofrénia citados por el DSM 111:

- Tipo Desorganizado
- Tipo Catatónico
- Tipo Paranoide
- Tipo Indiferenciado
- Tipo Residual

11.2.2 TRASTORNOS AFECTIVOS

Las reacciones maniaco - depresivas descritas en los tiempos antiguos, destacan entre los trastornos afectivos - graves (trastornos que afectan el control del estado de - ánimo y emocional). No fué hasta en el siglo XIX que otros observadores llegaro a conclusiones similares a las descritas por Arateo en Roma a fines del siglo I a. de C., el cual - intuiyó una relación entre la manía, y la melancolía, con - siderando que ambos estados eran manifestaciones de una -- sola enfermedad.

Fué en 1851, cuando Falret, psiquiátra Francés, quien describió el trastorno afectivo, destacando su carácter -- intermitente, para posteriormente, Kraepelin lo incluyera - en la demencia precoz, como una de las divisiones más ---- importantes de las psicosis. Concebía la manía y la depresión como un solo síndrome por tres razones: 1) tenían muchos - rasgos en común; 2) se remplazaban corrientemente una a otra en el mismo paciente; 3) el pronóatico era similar para - ambas, siendo este último factor decisivo para él, ya que - Kraepelin consideraba el pronóstico la base para distinguir un trastorno psiquiátrico de otro. Observó que el paciente- maniaco - depresivo solía recobrarse del episodio, pese al- hecho de que pudieran esperarse más ataques, en tanto que - el paciente con demencia precoz empeoraba típicamente, hasta habiendo formulado esta distinción, hablaba ya vagamente, - de, " herencia defectuosa " como un elemento importante en-

un gran porcentaje de casos. Enfocandose sus recomendaciones en el alivio de síntomas específicos, una vez que se habían producido, así como medidas preventivas, como el evitar la - exitación por parte del individuo susceptible de sufrir el - trastorno.

Encontrandonos en la actualidad con la definición de Trastornos Afectivos que da el DSM 111:

" La sintomatología esencial de este grupo comprende una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un -- síndrome depresivo o maniaco, parcial o completo, debido a - ningún otro trastorno mental o físico. El estado de ánimo - corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la psíquica, tanto en el sentido de la depresión -- como de la euforia. Los síndromes maniacos y depresivos --- consisten en una serie de síntomas característicos que tienden a presentarse juntos. " (12)

Dividiendose los trastornos afectivos en mayores (en los que hay un síndrome afectivo completo) y específicos -- (son un síndrome afectivo parcial de al menos dos años de - duración) y, por último en trastornos afectivos atípicos -- (categoría que incluye aquellos trastornos afectivos que no pueden clasificarse en ninguna de las dos subclases anteriores).

Los trastornos afectivos mayores comprenden el trastorno bipolar y la depresión mayor, que se distinguen entre sí por la presencia de algún episodio maniaco anterior. La categoría de trastorno maniaco no se incluye en estas clasificaciones; en cambio se utiliza la catogoría de trastorno bipolar, --- cuando se ha presentado uno o mas episodios maniacos, con o- sin historia de trastornos depresivos mayor.

Los trastornos afectivos específicos, comprenden el - trastorno ciclotímico y el trastorno distímico. En el primero hay síntomas característicos tanto de los síndromes depresivos como de los maniacos, pero sin la gravedad, ni la duración - suficiente para cumplir los criterios del diagnóstico del - episodioa maniaco o depresivo mayor. En el segundo (distí - mico) los síntomas no son de la gravedad y duracipn sufi - ciente para cumplir los criterios para el siagnósticos del - episodio depresivo mayor; además no se presentan períodos - hipomaniacos. En este grupos, es teóricamente posible un -- tercer trastorno, el trastorno hipomaniáco crónico, que requiere síntomas hipomaniacos de al menos dos años de duración, sin- períodos depresivos, el cual no ha sido suficientemente probado para justificar su inclusión como un trastorno distinto.

11.2.3 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Las observaciones precedentes de los psicoanalístas - llevaron al reconocimiento formal de los trastornos del carácter designados más adelante como trastrnos de la personalidad. La mayoría de los libros de texto estandar de psiquiatría publi- cados a fines de los años treinta y principio de los cuarenta (Henderson y Gillespie, 1944; Noyes, 1939; Strecker y Ebaugh, 1940) no mencionan los trastornos de la personalidad. Todos ellos dedican un capítulo a los trastornos psicopáticos es - pectaculares y socialmente perturbadores de la personalidad, incluidos subsiguientemente entre los trastornos de la perso- nalidad, pero no se hace en ellos mención alguna, de los - problemas de carácter a los que aluden los psicoanlístas.

Esta misma falta de atención en relación con los pro- blemas del carácter, tipifica los libros de texto de psico - patología en los años treinta y cuarenta (Dorcus y Shaffer, 1934; White, 1948) no haciendose mención alguna de las --

aberraciones conductuales, incluidas más adelante en los --- trastornos de carácter, que toma nota en lineas genrales, del pensamiento psicoanalítico de las neurosis de carácter, pero no presenta organización sistemática.

No fué hasta la aparición del DSM 1 (1952) que se - les dedicó a los trastornos de personalidad un reconocimiento formal y generalizado por las profesiones de la salud mental, siendo en la versión de 1942 del manual, trastornos, como el de adicción a las drogas, alcoholismo y personalidad psico - pática, que figuraron en un grupo denominado " Sin Psicosis ". En la revisión de éste mismo manual y en especial de este - apartado, se relacionaron en una de las tres subsecciones - que comprendían diversos tipos de personalidad afectados por problemas sutiles, descritos anteriormente en varias obras.

En el DSM 11 (1968) caracteriza los trastornos de - la personalidad como aquellos que comprenden patrones de -- conducta " profundamente alterada " . Estableciendose tem -- pranamente en la vida y son perceptibles en el momento en el que el individuo llega a la adolescencia.

Hasta llegar a la definición dada por el DSM 111 de- Trastornos de la Personalidad:

" Los rasgos de la personalidad son pautas duraderas- de percibir. pensar y relacionarse con el medio ambiente y - con uno mismo, haciendose patentes en un amplio margen de -- imprtantes contextos personales y sociales. Solo en el caso- de que los rasgos de personalidad sean inflexibles y desa -- daptativos, causando incapacitación significativa, disfun -- cionalismo ocupacional, o malestar subjetivo, se habla entonces de trastornos de la personalidad. Las manifestaciones de los

trastornos de la personalidad son reconocibles generalmente en la adolescencia, o incluso más temprano y continúan a - lo largo de toda la vida adulta, aunque a menudo se hacen - menos patentes en la edad intermedia o avanzada. " (13)

Los trastornos de personalidad en el DSM 111 han sido reunidos en tres grupos.El primero reune los trastornos --- paranoides, esquizoides y esquizotípicos. Los individuos - que presentan estos trastornos, a menudo parecen extraños o excéntricos. El segundo grupo incluye los trastornos His -- triónicos, narcisista, antisocial y limite o borderline.Los individuos que pertenecen a este grupo, a menudo parecen -- teatrales, emotivos o erráticos. El tercer grupo comprende- los trastornos de personalidad, por evitación, por dependencia, obsesivo - compulsivo y pasivo - agresivo. Los individuos - con estas alteraciones suelen mostrarse ansiosos y temerosos. Finalmente existe una categoría residual , los trastornos de personalidad atípicos, mixtos u otros, que puede utilizarse- para trastornos específicos de la personalidad o para cuadros que no se clasifican de acuerdo con las alteraciones específicas de la personalidad.

11.2.4 TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

En nuestra sociedad, la utilización de determinadas - sustancias que alteran el estado de ánimo o la conducta, es- estimada en algunas circunstancias como normal y apropiada.- Así, se consideran como pasatiempos la bebida del alcohol y- el uso de algunas otras sustancias como estimulantes, más sin embargo vemos que el uso excesivo de dichas sustancias, hace a las personas adictas a esta diversidad de sustancias, siendo en años recientes un problema social principal.

Tomando como base los criterios dados por el DSM 111

para el diagnóstico de Trastornos por el Uso de Sustancias, divide el uso patológico de estas, en : abuso de sustancias y dependencia de sustancias, tal como se define a continuación:

- ABUSO DE SUSTANCIAS:

Tres criterios distinguen el uso no patológico del - abuso de sustancias:

- Patrón patológico de uso: según la clase de sustancia tóxica, ésta puede manifestarse por: intoxicación a lo largo del día, incapacidad para reducir o abandonar su uso, esfuerzos repetidos para controlar su uso a través de períodos de abstinencia temporal o restricción del uso durante algunos momentos del día, mantenimiento de la ingesta de la sustancia apesar-de que el sujeto sabe que le exacerba sus graves trastornos físicos, necesidad del uso diario de la sustancia tóxica para la actividad normal y episodios de complicaciones debido a la intoxicación de la sustancia (por ejemplo, amnesisas alcoholicas, sobredosificación por opiáceos).

- Deterioro de la actividad laboral o social debido al patrón patológico del uso de la sustancia: las relaciones sociales pueden alterarse porque el sujeto no cumple sus obligaciones con sus amigos y familiares, por manifestaciones -- conductuales excéntricas e impulsivas y por la expresión -- inadecuada de sus sentimientos agresivos. El sujeto puede -- tenr dificultades legales debido a la intoxicación o por la-conducta criminal que pueda cometer con el fin de obtener -- dinero para la adquisición de la sustancia. Sin embargo, los problemas legales debidos a la posesión, adquisición y venta de sustancias tóxicas, depende mucho de las costumbres y -- leyes locales, que pueden cambiar a través del tiempo. Por - esta razón un problema legal en una sola ocasión, no deberá-

ser considerado en la evaluación del deterioro de la actividad laboral o social, como indicativo del diagnóstico.

La actividad laboral se valorará como deteriorada si, el individuo falta al trabajo o a la escuela, o bien a causa del estado de intoxicación es incapáz d mantener una actividad efectiva. Cuando el deterioro es grave, la vida del individuo puede llegar a estar totalmente dominada por el uso de la - sustancia, presentando un marcado deterioro de la actividad- física y psicológica. La incapacitación se presenta con mayor frecuencia en el uso crónico de opiáceos y en la dependencia alcóholica, que en la dependencia de algunas otras sustancias.

Con frecuencia, los individuos que desarollan un trastorno por uso de sustancias tóxicas, presentan trastornos de personalidad premórbidos y trastornos afectivos, que se acompañan de un deterioro de la actividad social y laboral, por- lo tanto, es necesario determinar que el deterioro social o- laboral asociado al diagnóstico de abuso de sustancias tóxicas o de dependencia, es debido en éste momento al uso de la -- ustancia tóxica, o al desarollarse la dependencia fisiológica.

- Duración: por abuso se entiende en el DSM 111 que - la alteración dura, como mínimo un mes. Los signos de la -- alteración np precisan estar presentes continuamente durante todo el mes, pero deberán de tener una frecuencia suficiente como para que el patrón patológico de uso permita ser aparente la interferencia en la actividad laboral o social.

En ocasiones aisladas el uso patológico de una sustancia tóxica, no puede ser diagnosticado como ningún síndrome orgánico cerebral específico. Por ejemplo, una historia de una o más- casos de uso desadaptado del alcohol en un período de tres -

semanas puede anotarse como episodios de intoxicación ----- alcoholica.

- DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS:

La dependencia de sustancias tóxicas, es generalmente una forma más grave de trastorno por uso de ustancias que su abuso, y requiere la existencia de la dependencia fisiológica evidenciada tanto por la tolerancia como por la abstinencia. Casi siempre hay un patrón patológico de uso de la sustancia que provoca un deterioro de la actividad social o laboral, - aunque en casos excepcionales, las manifestaciones del trastorno se limitan a la dependencia fisiológica.

Para el diagnóstico de todas las categorías de dependencia por sustancias basta que haya pruebas de tolerancia o abstinencia, ecepto en los casos de dependencia al alcohol o a la canabis, en los que además se precisan pruebas de que - el uso de dichas sustancias ha provocado un deterioro de la- actividad social o laboral, o un patrón patológico de uso.

Tolerancia: la tolerancia significa que se necesita - un notable aumento de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o bien, que hay una notable disminución del efecto con la utilización de la misma dósis.

Abstinencia: en la abstinencia se desarolla un síndrome específico para cada tóxico, que aparece cuando se reduce o- se suspende su ingesta, tras un consumo previo regular que - provoca la inducción de un estado fisiológico de intoxicación.

- CLASES DE SUSTANCIAS:

Cinco clases de sustancias presentan tanto dependencia como abuso : alcohol, barbitúricos sedantes o hipnóticos de-

acción similar, opiáceos, anfetaminas o simpaticomiméticos - de acción similar y canabis.

Existiendo en todas ellas un patrón patológico de uso, un deterioro de la actividad laboral y social, debido al uso de la sustancia tóxica, con una duración mínima del trastorno de por lo menos un mes.

11.3 INTELIGENCIA Y SU MEDICION

11.3.1 DEFINICIONES DE INTELIGENCIA

J. C. RAVEN se ajusta a la concepción de Sperman: la actividad intelectual es, primordial y esencialmente ideo - presentación, aprehensión de relaciones, toda situación -- (objeto o idea) se da en la percepción o en el pensamiento con arreglo a determinadas ordenaciones recíprocas que son- captadas de un modo inmediato, intuitivo por el sujeto. Basando la inteligencia en tres lleyes llamadas por él, Leyes Neogenéticas: siendo la primera la de educción de relaciones, afirmando que entre dos o más ítems la persona tiende ha hacer una relación entre ellos; la segunda es la de educción de - correlatos, afirmando que si existe un ítem y una relación,- toda persona tiende a concebir el ítem correlativo; y la tercera ley es la de autoconciencia o autointrospección, afir - mando que toda persona tiende a conocerse de un modo inmediato a sí mísmo y a los ítems de su propia experiencia; concluyendo que éstas tres leyes psicológicas cualitativas, indican el - sentido genético del conocimiento y su proceso.

BINET consideraba que la inteligencia se encuentra -- sentada en el juicio, que para él consistía en el sentido -- común, práctico, en la iniciativa y capacidad para adaptarse, encontrandose la capcidad de juicio libre de las influencias del medio ambiente, manifestandose en todas las operaciones- mentales de la vida diaria. Además, se desarolla con la edad, por lo cual la edad mental es una medida de la inteligencia.

B. W. STERN define la inteligencia como la capacidad- de adaptar el pensamiento a nuevos requerimeintos, como la - capacidad psíquica general de adaptación a nuevas tareas y - condiciones de vida. De modo más genral, puede considerarse-

la inteligencia, como la capcidad para actividades que con - sisten en un proceso inmediato de pensamiento (comprensión - de relaciones) o están en estrecha relación con ellas.

WENZL llama inteligencia a la capacidad de comprender y establecer significados, relaciones y conexiones de sentido.

GIESE la define como el nivel mental (estrato elevado de desarollo) que puede dividirse en inteligencia general,- mercantil, práctica y técnica, según al objeto al que se -- oriente.

WECHSLER definió la inteligencia como la capacidad - global o conjunto de capacidades del individuo, para actuar- con un propósito determinado, prensar racionalmente y enfrentarse con su medio ambiente de modo efectivo.

THORNDIKE supnía que la inteligencia estaba compuesta por varios elementos separados, cada uno de los cuales re - presenta una capacidad distinta, aunque determinadas habiliades mentales tienen algunos elmentos en común y combinados forman agrupamientos. Identificando tres de estos agrupamientos; -- inteligencia concreta o trato con las cosas, inteligencia -- social o trato con la gente y la inteligencia abstracta o el- trato con los símbolos matemáticos o verbales.

GUILFORD uno de los teóricos más famosos en los Estados Unidos, de la teoría Multifactorial, desarolló un modelo tridimencional de la estructura de la inteligencia. Representando la primera dimensión con las catogorías de operación (memoria, cognisión, pensamiento divergente, pensamiento convergente y- evaluación); la segunda dimensión representa las categorías- de producto (aplicaciones); la tercera dimensión corresponde

a la resultante. Así las tareas de intelecto pueden entenderse por la clase de operación mental realizada, el tipo de con - tenido y el producto resultante, en resúmen, este model - - tridimencional propone 120 factores.

VERON propuso una teoría jerárquica de la inteligencia, según la cual el nivel más alto está ocupado por un factor - general del intelecto, seguidos por dos factores de dos grupos principales, que son: educativo - verbal y mecánico - espacial o práctico. Cada uno de estos factores de grupo, se - dividen en factores de grupos menores. El último nivel está- formado por los factores específicos peculiares a ciertas - pruebas.

PIAGET en la escuela de Ginebra, demuestra que la capacidad cognitiva se elabora durante la infancia y la adolescencia, pasando por varios estadíos. La inteligencia es -- inseparable de la afectividad, pues es una conducta global - de la persona frente a una situación determinada. Dividindola en los siguientes estadíos: inteligencia sensoriomotriz, la- cual es el primer estadío del desarollo cognitivo; inteligencia operativa concreta, siendo el segundo nivel; inteligencia - motiz preverbal; siendo el estadío anterior a la aparición - de la función simbólica y la inteligencia formal en donde - aparecen las operaciones formales o hipotético deductivas.

Estas son algunas de las definiciones sobre inteligencia de diferentes autores, considerados como unos de los más -- importantes en el estudio de este concepto. Como se puede - ver algunos de ellos describen la inteligencia en principio- a una característica general, mientras otros, la consideran- constituida por varias funciones específicas.

Siendo mi propia definición: La capacidad inata que es reforzada por el medio ambiente y experiencias adquiridas, -- característica esencial del ser humano, determinante es su - adaptacipn y enfrentamiento a situaciones nuevas.

Una vez teniendo como base las diferentes concepciones de inteligencia, es necesario revisar los antecedentes históricos de como o a quien le surge la idea de medir la inteli - gencia, así como los medios utilizados para tal fin.

11.3.2 ANTECEDENTES HISTORICOS EN LA MEDICION DE LA -- INTELIGENCIA

Los primeros psicólogos experimentales del siglo XIX - no se interesaron, en genral, por las medidas de las diferencias individuales. El objetivo principal de los psicólogos de aquel tiempo, consitió en formular descripciones generalizadas de la conducta humana. Eran las afinidades, más que las diferencias individuales, las que constituían el foco de atención, así pues, el hecho de que un individuo reaccionara de modo - distinto que otro, cuando se observaban a ambos en condiciones idénticas, se consideraba como una forma de error, la presencia de tal error o la variabilidad individual, hacía que las- generalizaciones solo fueran aproximadas. Así se produjo una- actitud hacia las diferencias individuales que prevaleció en- laboratorios como el fundado por Wndt, en Leipzig, en 1879, - donde se formó lo mayoría de los psicólogos experimentales.

En la elección de sus temas, como en muchas otras -- fases de trabajo, los fundadores de la psicología experimental reflejaban la influencia de su formación fisiológica y médica; los problemas estudiados en sus laboratoriso, se referían - ampliamente a la sensibilidad de los estímulos. Este interés sobre los fenómenos sensoriales, se reflejaba, a su vez, en-

la naturaleza de los primeros tests psicológicos.

Cabe señalar aún otro camino por el que la psicología experimental del siglo XIX influyó en el curso de los tests. Los primeros experimentos psicológicos, pusieron de manifiesto la necesidad de un control riguroso de las condiciones en las que se hacían las observaciones, así por ejemplo, en un experimento de tipo de reacción, las palabras empleadas en dar las explicaciones al sujeto, podrían disminuir apreciablemente la velocidad con la que aquel respondería. O bien la brillantez o el color del campo circundante podían alterar apreciablemente la aparición de un estímulo visual. De esta manera se demostró claramente la importancia de hacer observaciones sobre todos los sujetos bajo condiciones tipificadas, esta tipificación de procedimientos, llegó a ser una de las características especiales de los tests psicológicos.

Como se puede ver la historia inicial de la psicología clínica, básicamente equivale a la historia temprana de los tests psicológicos. Siendo la necesidad de identificar y dar tratamiento humano a los débiles mentales lo que dió lugar principalmente al inicio de los ensayos de los tests de inteligencia. " Siendo Esquirol, médico Francés (1838), quien indicó que existían muchos grados de retraso mental, los cuales varían a través de un continuo, desde la normalidad hasta el grado agudo de idiocia. Intentó varios procedimientos en su esfuerzo para constituir algún sistema para la calificación de los diferentes grados y variedades de retraso mental, pero llegó a la conclusión de que el criterio más fiable del nivel intelectual del individuo, lo constituye el uso que hace del lenguaje." (14)

De importancia especial son las contribuciones de otro

médico Francés, Seguin, uno de los primeros en trabajar en la educación de los retrasados mentales. Seguin en 1866, - rechazando la noción prevalecente, de incurable, aplicada- al retraso mental, haciendo durante muchos años trabajos - con este tipo de patología, estableció la primera escuela- para retrasados mentales.

En Seguin se tienen orígenes de la mayoría de las - técnicas para el adistramiento de los sentidos y de los -- músculos, que se utilizan comunmente en las escuelas para- retrasados mentales, siendo algunos de los procedimientos, creados por Seguin, incorporados a los tests de inteligencia de ejecución, o no verbales, ejemplo de ello es el test de ajuste de formas de Seguin, en el que se solicita del in - dividuo que inserte tan rápidamente pueda, piezas de formas distintas en sus correspondientes lugares.

Años después, de manera más específica se enfocó la psicología a la necesidad de crear intrumentos que les -- midieran ciertas características humanas. Tal es el caso - del biólogo Inglés, Francis Galton, siendo el principal - promotor del movimiento a favor de los tests. Galton en el curso de sus investigaciones sobre la herencia, comprendió la necesidad de medir ciertas características de las per-- sonas emparentadas y no emparentadas. En 1884, establecío- un laboratorio atropométrico en la Exposición Internacional, en donde los visitantes podían conocer la medida de algunos de sus rasgos físicos y pasar por los tests de agudeza vi- sual y auditiva, energía muscular, tiempo de reacción y - otras funciones sensoriomotoras sencillas. Con estos métodos se fué aumulando gradualmente el primer gran campo siste - mático de datos sobre las diferencias individuales en los- procesos psicológicos sencillos.

El propio Galton ideó la mayoría de los tests que se aplicaban en su laboratorio atropométrico. Muchos de los - cuales aon aún familiares, bien en sus formas originales o, en sus formas modificadas. Galton creía que los tests de -- discriminación sensorial, podían servir para medir el in -- telecto, idea que le fué sugerida por las teorías de Locke, así Galton escribió que, la única información que llega hasta nosotros sobre los acontecimientos anteriores, pasa, al parecer por la venida de nustros sentidos y cuanto más perciban la diferencia nuestros sentidos, mayor será el campo sobre- el que puede actuar nuestro juicio e inteligencia.

Galton fué también, uno de los primeros en aplicar - las escalas de estimación y los métodos de cuestionario, así como métodos estadísticos para los análisis de datos en las diferencias individuales. Seleccionado y adaptando cierto - número de técnicas en forma tal que pudieran ser utilizadas por el investigador que deseara tratar cuantitativamente el resultado de los tests. Con ello extendió enormemente la - aplicación de los procedimientos estadísticos a los análisis de datos de los tests.

El psicólogo americano James Mckeen Catell, ocupa -- también, una posición especialmente destacada en el desarollo de los tests psicológicos. La ciencia recientemente establecida, de la psicología experimental y aún más reciente mo - vimiento de los tests, hiciero su aparición en la obra de - Catell, el interés de este por la medida de las diferencias individuales se vió reforzado por el contacto de Galton.

En un artículo escrito por Catell en 1890, se empleó por primera vez en la literatura psicológica la expresión - de " Test Mental ", este artículo describía una serie de --

tests que se aplicaban anualmente a los estudiante universitarios, en un intento de determinar su nivel intelectual, los tests que se deberían aplicar individualmente, incluían medidas de enrgía muscular, velocidad de movimiento, sensibilidad al dolor, agudeza visual y auditiva, discriminación de peso, tiempo de reacción, memoria y otras funciones. --- Catell compartía la opinión de Galton, de que era factible-obtener una medida de las funciones intelectuales mediante-los tests de discriminación sensorial y su tiempo de reacción, viendose fomentada la preferencia de Catell por estos tests, por el hecho de que las funciones simples pueden medirse con presición y exactitud, mientras que el desarollo de medidas objetivas para funciones más complejas aparecía en aquel - tiempo como una tarea casi imposible.

Se vió pues, que unos pocos intentos de valoración - de estos primeros tests, ofrecieron resultados descorazonadores, ya que la ejecución del individuo presentaba escasa-correspondencia de un test a otro, y poca o ninguna relación con valoraciones independientes del nivel intelectual, basadas en las estimaciones de los profesores o en las califi - caciones académicas.

Kraepelin (1895) que estaba interesado principal - mente en el exámen clínico de los pacientes psiquiátricos,- preparó una larga serie de tests, para medir lo que el consideraba factores básicos de la caracterización del individuo. Los tests, que empleaba, contenían fundamentalmente opera - ciones aritméticas simples, estando destinadas a medir los-efectos prácticos, la memoria y la suceptibilidad a la fa-- tiga y a la distrabilidad. Como Kraepelin, el psicólogo -- Italiano Ferrari y sus dicípulos, se interesaron principalmente por el uso de los tests en los casos patológicos, --

siendo esto en el año de 1896. Las series que idearon se -- extendían desde los tests de medidas fisiológicas, hasta -- medidas del campo de atención y de interpretación de cuadros.

Finalmente se encuentra a Binet conocido por su gran contribución en las medidas de inteligencia. Iniciando su - aportación con la publicación de un artículo junto con, Henri en el año de 1895 en Francia, en el cual criticaban la mayoría de las series de tests que existían, por ser en gran medida sensoriales, así como por concentrarse indebidamente en aptitudes especializadas sencillas. Argumentando, además, que la medida de funciones más compleja no es necesaria una gran presición, puesto que las diferencias individuales son mayores en ellas. Se propuso una extensa y variada lista de tests - que abarcaban funciones tales como la memoria, la imaginación, la atención, la comprensión, la sugestibilidad, la apresiación estética, así como muchas otras. En estos tests se puede fácilmente reconocer las tendencias que conducirían finalmente al desarollo de las famosas escalas de Binet.

En 1904, el Ministro de Instrucción Pública, nombró- una comisión para estudiar los procedimientos para la educación de los niños subnormales que existían en las escuelas- de París; con el fin de satisfacer la demanda práctica, Binet en colaboración con Simon, preparó la primera escala Binet-Simon (1905), constando de treinta problemas o tests, colocados en orden de dificultad. Estando destinados a cubrir una apmlia variedad de funiones, con especial preferencia - las de juicio, comprensión y razonamiento, las cuales se -- consideraban componentes esenciales de la inteligencia. Esta escala se presentó como un instrumento provicional, sujeto- a modificaciones, no formulandose ningún método objetivo - para llegar a una puntuación total.

En la segunda escala, la de 1908, se aumentó el nú - mero de tests, eliminando por otra parte algunos de la --- primera escala, que no eran satisfactores, agrupandolos en- niveles de edad de 3 - 13 años. La puntuación del niño en el test, podía espresarse como una edad mental, es decir, la - edad de los niños normales cuya ejecución igualaba. Como la edad mental es un concepto sencillo de entender, su intro - ducción contribuyó notablemente a popularisarse en la apli- cación de los tests de inteligencia.

En 1911, un año antes de la muerte de Binet, apareció una tercera revisión. En esta escala no se introdujo ningún cambio fundamental, sino revisiones menores. Se añadieron - tests en varios niveles de edad y la escala se extendió -- hasta el nivel adulto.

Esta aportación de Binet - Simon, atrajo el interés- de los psicólogos de todo el mundo, haciendose traducciones a varios idiomas, así como nuevas revisiones, siendo una de las más importantes la de L. M. Terman en la Universidad de Stanford, conocida como la revisión de Stanford - Binet -- (Terman 1916). Utilizandose por primera vez el cociente - de inteligencia (C I) o lo que es lo mismo, la razón entre la edad mental y la edad cronológica o real.

Posteriormente a la Primera y Segunda Guerra Mundial, surge la necesidad de crear tests colectivos de inteligencia, con el fin de seleccionar a las personas de mayor inteligencia para puestos que requerían más responsabilidad; siendo otro gran impulso para la psicometría, elaborandose baterías -- completas, impulsando así el ejercito la investigación de - la medición psicológica.

11.3.3 LIMITACIONES EN LAS PRUEBAS DE INTELIGENCIA

Tal vez el mayor error en la medida de la capacidad intelectual es suponer que es una medida pura de capacidad inata, tal como se creía en tiempos pasados. En realidad, algunos de los psicólogos más destacados de la primera parte de este siglo, fueron los culpables de esta concepción errónea. Terman (1916) por ejemplo, tras de describir la mala actuación en la prueba de una pareja de niños, indio y mexicano, afirmó que su torpeza puede ser racial, o por lo menos inherente a sus progenitores familiares, a los que preceden. El hecho de que se encuentren este tipo de diferencias, nos suguiere, que todo lo referente a diferencias individuales en razas, tiene que ser tomada en cuenta y estudiada, pero no atribuir únicamente el concepto de inteligencia a una capacidad puramente inata.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, la mayoría de los psicólogos de hoy en día coinciden con la idea de que existen muchos tipos de inteligencia, como podrían ser la abstracta, social, mecánica, verbal y no verbal, etc..., así como advierte al respecto Shaler, de que las pruebas actuales de inteligencia no nos ofrecen puntuaciones válidas para las diferentes clases de inteligencia, necesarias para que la persona actue en forma madura y adecuada.

Las pruebas de inteligencia son pues injustas para los miembros de cualquier distinto de aquel para el que han sido elaboradas y estandarizadas. Esto no significa que tales pruebas carescan de valor alguno, pues tienen valor para predecir el éxito en ciertas clases de habilidades, por consiguiente es un grave error creer que las pruebas de inteligencia miden adecuadamente la capacidad mental general de grupos raciales o étnicos, no incluidos en la elaboración

o estandarización de tal prueba.

Por ejemplo citando algunos estudiosos de este tema, tenmos que, Bakwin afirma que la herencia es el factor más-importante que determina la inteligencia, dandole al factor ambiental un segundo papel. Por otro lado, Szekely señala - que los niños de padres más pudientes, aparecen en los tests como más inteligentes, que los niños de padres con menos -- recursos económicos, aunque se ha visto que los primeros - tienen ventaja en el área verbal, teórica, puesto que su - mismo ambiente los va entrenando de tal forma. Tomando esta posición, Szekely presupone que el C I (al menos el que se mide en los tests) depende del medio ambiente.

En fin se pueden seguir citando varios autores, en - los que se encontrará, que unos dan mayor importancia al - factor genético o inato, y en segundo lugar, el factor am - biental, o viceversa, en primer lugar al ambiental y en segundo termino el factor inato. Más sin embargo se sabe que- es un concepto que hasta hoy en día no se ha determinado -- plenamente, pero de algo que si se está conciente, es de que ambos factores, tanto el inato, como el ambiental, tienen - una gran importancia para la determinación del C I.

Por lo que es necesario, que el empleo de los tests, sea cada vez más adecuado y acertado. La necesidad de un -- examinador competente es obvía en cada uno de los tres as - pectos principales de la situación de test: selección, aplicación y puntuación, así como la interpretación de las puntuaciones obtenidas. Los tests no pueden elegirse o valorarse simplemente por el nombre, el autor, u otras señales de fácil identificación, tales como el costo, el volúmen, las -- facilidades en el material del test, el tiempo de aplicación,

la sencillez y rapidez en su puntuació.

Para que un test cumpla su función, es esencial la -- valoración de sus méritos en función de características tales como la validez, la fiabilidad, el nivel de dificultad y las normas. Solo así la persona que utiliza los tests está en -- disposición de determinar cual de ellos es el más adecuado a su fin particular y su adaptabilidad al tipo de personas con quienes piensa utilizarlo.

La interpretación adecuada de las puntuaciones del - test, requiere una minuciosa comprensión del test, de las - condiciones en las que se aplica y del individuo. Lo que se- est´midiendo solo puede determinarse objetivamente de acuerdo con los procedimientos específicos en función de los cuales- se hizo la validación del test. También es interesante, cual- quier otra información respecto de la fiabilidad, la natura- leza del grupo sobre el que se establecieron las normas, así como al individuo que lo recibe.

Por último, debe de tomarse en cuenta, alguna consi - deración a los factores especiales que influyen en una pun - tuación particular, tales como las condiciones insusitadas - en la aplicación del test, cuantía de la experiencia previa- del sujeto.

11.3.4 DETERMINACION DE LA FIABILIDAD DEL TEST - RETEST

Basandose la presente investigación en el retest del- test de Matrices Progresivas de J. C. Raven, se considera de importancia definir este procedimiento que da la confiabilidad y por consiguiente la validez de un test, por lo que se per- sigue que con est punto, se deje claro, en una breve expli - cación, el término de test - retest.

Poco se precisa al referirse a este punto, siendo el objetivo a descubrir, si un test discriminará entre las -- personas de la misma clase, es ocasiones sucesivas, o en - otras palabras, si los resultados obtenidos en una prueba o test, en un grupo particular de gente, serán estables en un período de tiempo.

Se necesita prestar atención al período de tiempo que transcurrirá entre las dos sesiones de test. Si este tiempo fuera demasiado corto, los sujetos recordarían los ítems, - sus priopios procesos de pensamiento y tal ves sus propias- respuestas. Por otra parte, si el intervalo es demasiado -- largo, la capacidad o aptitud puede variar demasiado, por - lo cual se recomienda: " en las pruebas de inteligencia -- corrientemente es suficiente un intervalo de tres a cuatro- semanas. " (15)

11.4 INTELIGENCIA Y ENFERMEDAD MENTAL

11.4.1 PERSONALIDAD E INTELECTO

" La actuación de un individuo en un test de patitud, así como su actuación en cualquier contexto, se halla influido por su tendencia al rendimiento, su persistencia, su sistema de valores, su carencia de problemas emocionales y todas las demás características de la personalidad sobre la dirección- y el alcance del desarollo intelectual del individuo." (16)

En un estudio realizado por Hwan (1963), con indi - viduos que habían sido examinados inicialmente cuando tenían entre 10 y 15 años de edad; aquellos que mejoraron su C 1 -- tendían a enfrentarse con los problemas y frustraciones de - la vida diaria de forma más objetiva, constructiva y realista; por otra parte, los que experimentaron pérdidas en el C 1, - tendían a emplear mecanismos de defensa tales como la evasión, la racionalización, y otros.

La relación entre personalidad e intelecto es recíproca, no solo afectan el desarolo intelectual las características- de la personalidad, sino, que también el nivel intelectual - influye en el desarollo de esta. El éxito que el individuo - alcanza en el desarollo y uso de sus aptitudes, influirá -- sobre su ajuste emocional, sus relaciones interpersonales y- concepto de sí mísmo, siendo en este último punto, en el que podemos ver más claramente la influencia mutua de las apti - tudes y los rasgos de personalidad.

Hayes (1962), propuso a un nivel teórico básico, una hipótesis ingeniosa con relación entre los impulsos y el --- intelecto, considerando la inteligencia como un conjunto de- conocimientos adquiridos, manteniendo además, que el conjunto

de las motivaciones del individuo, influye en el tipo y -- cuantía del aprendizaje que se produce, específicamente,-- la fuerza de los impulsos que producen experiencia, es lo- que da lugar al desarrollo intelectual.

11.4.2 EL DESCONOCIMIENTO TEORICO DE LA INTELIGENCIA Y SU CONFUSION CLINICA

" No hay duda de que hay un desconocimiento teórico de lo que es la inteligencia. Puede discutirse si tiene una estructura unitaria o no, si debe definirse como la capacidad para resolver problemas nuevos; si es el factor principal- para hacer una previsión para el futuro, o si es la facultad para pensar de un modo razonable. Lo que importa sobre todo, son los enfoques clínicos de los que puede ser objeto. " (17)

Como indica con acierto Alfonso Fernández, citando- a Castests (1965), un acto de inteligencia es esencialmente un acto de comperensión por el que se adscrita una significación a un objeto o a una situación. Es, en suma, una - - capacidad valorativa que exibe el sujeto y que puede osilar y variar en grados muy diversos, siendo, siendo diferente- del conjunto de conocimientos adquiridos. Este último aspecto cobra gran interés, dado que, a menudo, pasan por inteli - gentes personas pobremente dotadas, pero con un amplio caudal de conocimientos adquiridos en forma de diccionarios y sin la menor crítica valorativa de los mismos, o bien personas productivas pero con un restringido campo de conocimientos pasando como ologofrénicos.

Estando así las cosas, es un criterio clarificador- el intentar captar, operacionalmente, los distintos modos- en que pueden organizarse los diversos enfoques de la ---

inteligencia. Es conveniente advertir que en psiquiatría - deben diferenciarse los tipos de inteligencia, encontrando por ejemplo, los citados por J. Luis Patiño, en su libro - de Psiquiatría Clínica :

A) Inteligencia Potencial.- es aquella que forma - parte del equipo biológico, encontrandose estructurada genéticamente y como posibilidad óptima para que el sujeto - sea particular, individual.

B) Inteligencia Actuante.- aquella que el sujeto - utiliza en cuanto a su necesidad de vivir cotidianamente,- siendi siempre menor que la inteligencia potencial.

C) Inteligencia Psicométrica.- es aquella que se - mide por medio de las pruebas psicométricas. Tomandose el- promedio estadístico como parámetro.

D) Inteligencia Social.- aquella que se utiliza y - valora por el contexto socio - cultural del perimundo del- sujeto.

E) Inteligencia Más Sensibilidad.- aquella que constituye el talento de un sujeto con la capacidad de abstracción en su mayor amplitud, puesto que se conjuga con la -- afectividad de un equilibirio ideal.

F) Talento Actuante.- es la aplicación del punto - anterior en el vivir de un sujeto.

Como se puede notar, la inteligencia de un individuo es manifestada en varios aspectos o ámbitos, siendo en - - ocasiones sobresaliente en alguno en especial, o prenentando

cierta dificultad en otro, debido a su propia aptitud - - inata y a la interacción de ésta con su medio u oportunidad de desarollo. Encontrando interesante como lo cita J. Luis Patiño, realizando la diferenciación entre las deficiencias o carencias intelectuales y los cuadros de índole u orígen distinto, como lo son:

Pseudodebilidad mental por incultura.- en todo dujeto con pobre información, falta de escolaridad, es posible encontrar, cuando la clínica es superficial, cuadros que pueden ser parecidos a la debilidad mental. Ello se debe a que el interrogatorio que se hace a un nivel superior al de los - conocimientos que el paciente tiene, no es completamente - comprendido por el mísmo. También puede ocurrir en los -- casos de Transculturación, los cuales siempre hay que tener en cuenta.

Pseudebilidad mental por conflicto emocional.- en el sujeto perturbado emocionalmente, la ansiedad, la impotencia, la inseguridad, las inhibiciones y la timides, pueden darla apariencia de una debilidad mental.

Etapas iniciales de la esquizofrenia.- en este padecimiento, las alteraciones del pensamiento y del juicio, - son habitualmente las primeras en aparecer. Estos trastornos ante un interrogatorio hecho a la ligera, dan la --- apariencia de debilidad mental.

Citando a Freedman y Kaplan, se encuentra la respecto, " Que los tests de inteligencia miden el razonamiento sobre problemas mentales racionales e impersonales, la solución- de la cual requiere una cierta concentración. Encontrando, que los diferentes tipos de tests difieren en su resistencia

a los factores emocionales, siendo la capacidad de definir palabras, la que mejor resiste a los trastornos funcionales y orgánicos cerebrales, dando las puntuaciones de los tests de vocabulario medidas aceptables a la aproximación de la-capacidad intelectual premórbida. " (18)

11.5 TEST DE MATRICES PROGRESIVAS (J. C. RAVEN)

" El test de Matrices Progresivas de J. C. Raven es un test destinado a medir la capacidad intelectual, para - comparar formas y razonar por analogía con independencia - de los conocimientos adquiridos. Informa sobre la capacidad presente del individuo para la actividad intelectual en el sentido de su más alta claridad de pensamiento en condiciones de disponer de tiempo ilimitado. " (19)

11.5.1 FUNDAMENTOS TEORICOS

Conceptos Previos:

La técnica de Raven entronca con la teoría ecléctica de los dos factores del psicólogo Inglés Charles L. Spearman así como con las leyes Neognéticas formuladas por ese mismo investigador. Antes de brindar un ligero bosquejo de estas bases teóricas del test de Raven, es necesario establecer- algunas importantes significaciones previas como lo son el factor de la inteligencia, análisis factorial, las teorías factoriales y el test de Raven como un test factorial.

Supónese que la inteligencia está integrada por un - conjunto de habilidades y éstas, a su vez, por factores, la postulación de estos factores no resulta de la observación y medición directa, sino de un proceso de educción lógica- basada en las coorrelaciones entre las habilidades. El supuesto lógico en cuestión que sirve de fundamento al concepto de factor, es que si dos habilidades están coorrelacionadas entre sí en alguna medida, en esa misma medida ambas han de estar en dependencia con un factor común.

Si dos habilidades están coorrelacionadas entre sí- en alguna medida, cada una de ellas a de incluir dos factores:

un factor común a ambas (que determina la coorrelación -- entre las habilidades) y un factor específico de cada una (determina la diferenciación entre cada una de las habi - lidades). Estoa factores de la inteligencia no deben de - entenderse ni como entidades sustanciales, elementos reales, procesos, fenómenos o funciones psicológicas en el viejo - sentido de aptitudes, poderes o rasgos, pues se trata de - un concepto totalmente nuevo, ni tampoco como abstraciones matemáticas carentes de toda significación psicológica; - estos factores tienen una existencia formal, dada por las- coorrelaciones deducidas entre las habilidades, mediante - un análisis estructural objetivo. El método empleado en la determinación de los factores se llama análisis de los -- factores, o análisis factorial. Se ha denominado así al -- método objetivo y empírico basado en la observación exterior y estadística introducida por Spearman en 1904, empleado - con gran fecundidad por la psicología contemporánea para - la determinación de los factores de la inteligencia tal -- como se evidencían en los tests; compara los diferentes -- tipos de actuaciones que demandan los tests.

Sobre el fundamento empírico señalado, se han concebido en los Países Angloamericanos diversas teorías de la- inteligencia. Todas-ellas teniendo en común la creencia en la posibilidad de explicar la inteligencia como una entidad mensurable por el número, extensión y organización de las- actividades intelectuales. Cabe sostener que la teorías - distinguen : 1) un factor general, 2) un factor de grupo, 3) un factor específico. La primera de ellas es representada por la teoría de los factores de Spearman, una de las más trascendentales de nuestro tiempo, ya que es la que, - según se anticipó ya, sive de fundamento al test de Raven.

Teoría Ecléctica de los dos factores:

Hacia el comienzo de nuestro siglo (1904), inspirado en Galton, e influido po Wndt, con quien trabajó en - Leipzig, Spearman inició sus fecundas investigaciones sobre la inteligencia, frente a las radicales discrepancias entre las diversas teorías relativas a la inteligencia, proponindose llegar a una concepción que lograse conciliar y resolver armónicamente las divergencias entre la terías (monárquicas) que postulan una inteligencia general, las teorías (oligárquicas) que postulan varias facultades diferenciadas y las teorías (anárquicas) de las múltiples aptitudes independientes. El primer problema que en su propósito de unificar discrepancias, se planteaba Spearman, consitía pues, en - establecer si las aptitudes personales de la inteligencia- estaban coorrelacionadas entre sí en dependencia de una -- inteligencia global, total, o si, por el contrario, esas - funciones eran enteramente independientes. Empleando como- método el análisis factorial, Spearman formuló una solución a la que se conoce como Teoría de los dos factores o Teoría Bifactorial. En la cual resume:

" Todas las habilidades del hombre tienen un factor común, un factor general a todas ellas (factor g) y un - factor específico a cada una de ellas (factor e). En -- cada habilidad se dan los dos factores, g y e, pero dichos factores no desempeñan el mismo papel en todas las habilidades en tanto en alguna de ellas es g el factor principal, en - otras lo es e. La investigación ulterior demostró la existencia de otros factores, los llmados factores de grupo, que se - encuentran en gran parte de un conjunto de habilidades afines, por consiguiente, pese a su denominación de bifactorial, - la teoría de Spearman ha llegado a distinguir, en rigor, - tres factores de la inteligencia. " (20)

Por consiguiente, se considera de importancia, - - realizar una breve explicación de los tres factores que - componen la inteligencia, seguún la teoría de Spearman.

Factor G (factor general).- es un factor cuanti - tativo de la inteligencia, solo un factor, pero el común y fundamental de todas las funciones cognositivas del mismo- individuo; constante en todas las habilidades de un mismo- individuo y ampliamente variable de un individuo ha otro.- G sifnificaría pues, lo que en la práctica se llama " In - teligencia General ". Para explicarlo cualitativamente, -- Spearman recurre a la hipótesis de la " Energía Mental " : g sería la energía subyacente y constante a todas las --- operaciones psíquicas.

Factor E (factor específico).- es un factor cuantitativo, variable intra e interindividualmente, variable- tanto de una habilidad a otra de un mismo individuo, como de uno a otro individuo. Por lo tanto e, es propio de cada habilidad en particular y no depende ni se relaciona con g ni con los otros e. Cualitativamente los e son las máquinas dispositivas o instrumentos, a través de los cuales actua- y opera la energía mental. A cada habilidad le corresponde un factor e.

Factores de grupo o comúnes.- es un factor común a- muchas de las habilidades de un conjunto afín; relaciona - unitariamente gran parte de un conjunto dado de habilidades; Spearman a identificado entre otros, los siguientes factores de grupo: N; numérico, memoria, lógico, V; voluntad, introducido por Weble y aceptado por Spearman, como factor de - persistencia, H; habilidad, etc.

Postulando estos factores Spearman, cree haber dado la teoría Ecléctica que logra la conciliación armónica, - buscada entre la teoría anárquica de las aptitudes. En suma

Spearman considera la inteligencia determinada por un alto número de factores especializados, uno para cada función,- por un número de factores de grupo limitado, que intervienen en cierto número de funciones y por un factor general.

El Raven como test factorial:

El test de Raven busca, medir el factor general, - suministra información directa de la magnitud individual - de ciertas funciones cognositivas, (observación y razonamiento) y una cierta evaluación de casi todas ellas: la - medida de la capacidad intelectual genral, denominador -- común de la totalidad de las operaciones de la inteligencia; ello a dado lugar a la errónes identificación del test de- la matris con una prueba de inteligencia general, y a la - consiguiente aclaración de Raven orientada a despejar el - equívoco. Dado que g es casi todo en algunas habilidades y y algo en cada una de la totalidad de ellas, establecer la magnitud de g en un individuo dado, tal como se hace en el Raven, significa establecer su habilidad general, casi -- todo con respecto a algunas habilidades y algo de casi todas ellas.

En suma, para un conocimiento completo de las habilidades de un individuo, debe complementarse la averiguación de g (Matrices Progresivas) con la averiguación de e, -- mediante los tests factoriales correspondientes.

El test de Raven y la concepción Neognética de --- Spearman.:

Cuales son los principales rectores del trabajo -- cognositivo ?, Como se organiza nuestra experiencia ?. - - También en este respecto se ajusta Raven a la concepción - de Spearman. La actividad intelectual es primordial y --

esencialmente ideo - presentación, aprhensión de relaciones, toda situación, objeto o idea, se da en la percepción o en el pensamiento con arreglo a determiandas ordenaciones -- recíprocas que son capatadas de un modo inmediato, intuitivo por el sujeto. La inteligencia opera con dos grandes tipos de operaciones o relaciones, lo que Spearman llama " edución de relaciones " y " educción de coorrelatos ". Todo cono - cimiento se rige y constituye por ambas formas de educción, Spearman anuncia estas operaciones cognositivas básicas en forma de tres leyes del proceso de constitución y formación del conocimiento, a las que denomina " Leyes Neognéticas " (Noesis : autoevidencia; Génesis : creación), con las - cuales el test de Rven se halla directamente vinculado: -- primera ley neognética, de educción de relaciones: ante dos o más ítems toda persona tiende ha establecer relaciones - entre ellos. Segunda ley neognética, de educción de coorrelatos: ante un ítem y una relación, toda persona tiende a- concebir el ítem coorrelativo. Tercera ley neognética, de- autoconscienciencia o de introspección: toda persona tiende a conocerse de un modo imediato a sí mísmo y a los ítems - de su propia experiencia.

Estas tres leyes psicológicas cualitativas indícan- el sentido gnético del conocimiento y su proceso: la educción de coorrelatos supone el saber de las relaciones y de los fundamentos (siendo éste el de la autoconciencia);la educción de relaciones supone el saber de los fundamentos- y estos a su vez la autoconsciencia. Los sesenta problemas de educción de relaciones y coorrelaciones de Raven, están seriados en orden de dificultad progresiva: las primeras - series plantean variados problemas de educción de relaciones y las últimas, contienen problemas de educción de coorrelatos, progresivamente de mayor dificultad.

El test de Raven se construyó sobre la hipótesis - de base " de que si los principios de neogénesis de Spearman eran correctos, podría disponerse de un test útil para -- comparar la gente con respecto a sus imediatas capacidades de observación y pensamiento. "

11.5.2 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

La confiabilidad expresa la exactitud con que un - test cumple su función de medición, y constituye la condición necesaria de la validez. Un test puede ser perfectamente confiable, esto es, fiel y constante en sus resultados y sin embargo no ser válido; en cambio, para que un test- sea válido es previo e indispensable que sea confiable.

La validez por su parte, constituye la condición - indispensable de un test. Un test es válido en el grado en que nos permite conocer lo que mide o predice.

Una vez explicada brevemente, tanto la validez como la confiabilidad en genral, se verá en particular la del- test de Raven, tomando como base el manual del mismo y - además dos autores reconocidos en el campo de la psicometría, Bél Székely y Anastasi :

" Entre los análisis que se han efectuado para establecer la composición factorial del test de Raven, es especialmente importante el que realizó Vernon, sobre los resultados obtenidos en el ejército británico. Halló que su saturación en factor g es de 0.79 y su saturación en factor e es de 0.15, saturación en factor relativamente alta, que se debe particularmente a los 30 promeros problemas. En - cambio, no se ha podido determinar la naturaleza del pequeño residuo de 0.6. En general los expertos coinciden en la -

opinión de que las Matrices Progresivas, constituyen en el presente un instrumento de trabajo altamente satisfactorio. ..... Ha alcanzado una confiabilidad en diversos estudios estasísticos, cifras que van desde 0.83 a 0.93. " (21)

" El manual del test de las Matrices Progresivas, es muy inadecuado, pues proporciona poca información sobre la fiabilidad y ninguna sobre la validez. Sin embargo, se han publicado muchas investigaciones con datos pertinentes sobre éste test..... Las cooorrelaciones con test de inteligencia verbales y de ejecución se encuentran entre 0.40 y 0.75, - tendiendo a ser más elevadas en los egundos. Los estudios- con deficientes mentales y con grupos de ocupaciones y -- educación diversa indican una validez concurrente buena. - Los coeficientes de validez predicitiva en función de criterios académicos son algo inferiores que en los test de - inteligencia verbales corrientes. Varios análisis factoriales indican que las Matrices Progresivas están muy sobre - cargadas con un factor común a la mayoría de los tests de- inteligencia, pero la aptitud espacial, el razonamiento -- inductivo, la presición perceptiva y otros factores de - - grupo influyen también sobre la ejecución. " (22)

" El coeficiente de confiabilidad de las Matrices- Progresivas ha alcanzado, cifras que van de 0.83 a 0.93... .... La determinación de la validez presenta en éste, el - problema de la elección adecuada de los criterios externos (caso de los procedimientos empíricos). Los criterios - más utilizados son los resultados obtenidos por los sujetos en otros tests cuya validez ya sea conocida; y las calificaciones obtenidas en el estudio o en el trabajo. En estos últimos años, mediante técnicas de análisis factorial, se adjudica una saturación en el factor g entre 0.75 y o.83. " (23)

11.5.3 DESCRIPCION, CALIFICACION Y APLICACION DEL TEST DE RAVEN

A) Descripción: consiste en 60 láminas de figuras-gemétricas incompletas, divididas en 5 series llamadas A,-B, C, D y E, de doce ítems cada una. Las láminas planteanproblemas de completamiento de sistemas de relaciones (matrices) en complejidad creciente. Para completar la matris el sujeto cuenta con varias soluciones (6 u 8) entre las que debe de elgir la correcta. Correspondiendo esta descripción a la escala general o de adultos de edades que varían entre los 12 y 65 años de edad.

Se trata de un test sencillo, en cuanto al aprendizaje de su administración y evaluación, singularmente breve y no requiere del técnico especializado o experiencia previa; económico en personal, tiempo y material. Es un test de - amplio margen, ya que se aplica a niños y adultos, así como a todo sujeto independientemente de su idioma, educación y capacidad verbal, así como de su estado o capacidad motora.

Su consigna es la siguiente : " Observe como (se - ñalando la figura superior) es un dibujo en el que se haomitido un trozo. Cada uno de estos trozos que se hallan - en la parte inferior (señala uno por uno), tienen la -- forma adecuada para llenar este espacio, pero no todos -- completan el dibujo. Señale el trozo adecuado. Los dibujos son fáciles al comienzo y se hacen más difíceles después. Si presta atención a como se resuelven los fáciles, los - últimos le resultaran menos difíciles. Señale únicamente- el trozo que complete el dibujo. Ahora trabaje solo y vea cuantos puede resolver. Puede emplear el tiempo que dese. Tenga cuidado; no hay necesidad de apurarse. Recuerde que en cada caso solo corresponde uno de los trozos. " (24)

B) Material y calificación : en cuanto a su material, este test consta de :

- Manual: ofrece una guía completa para el proceso de su aplicación, administración y evaluación. Así como sus -- fundamentos y bases teóricas.

- Cuaderno de Matrices: es una colección encuadernada de láminas en blanco y negro. Cada lámina muestra en la parte superior una figura o conjunto geométrico incompleto, y en - la parte inferior las porciones o trozos de las cuales solo- una completa correctamente el diseño superior. Como se mencionó anteriormente son 60 láminas de complejidad creciente. Así la serie A y B, tienen en la parte de abajo o inferior solo 6 - de completamiento, mientras que en las series C, D y E pre - sentan 8 figuras de completamiento.

- Protocolo de prueba: el protocolo de prueba está -- constituido por tres partes.

Parte superior, destinada al registro de los datos de identificación del sujeto (Nombre, edad, escolaridad, etc..) y referencias de la prueba (fecha de aplicación, duración,- lugar, etc...).

Parte media, sirve para la anotación y clasificación- de las respuestas propuestas por el sujeto.

Parte inferior, tiene dos sectores, 1.- o sector derecho destinado al registro de los datos básicos necesarios para el diagnóstico y el 2.- o sector izquierdo, destinado al registro de la conducta observada por el examinador durante la aplicación.

- Parilla de calificación: es una rejilla de cartulina

que sobrepuesta al protocolo de respuestas, permite ver - - atravéz de sus ventanillas las respuestas anotadas por el - sujeto. En sus tiras izquierdas aparecen impresas las solu - ciones correctas, a la altura de la hilera correspondiente.

- Carpeta de evaluación: contienen las tablas para la valoración, tanto las que figuran en el manual, como las -- agregadas en la última edición, reproducidas en una carpeta- de cartulina manuable y durable. En su reverso se incluye la tabla de diagnóstico. La manera o procedimiento de evaluación es la siguiente :

1° Corregir la prueba: evaluando el acierto o error - en la solución propuesta por el sujeto.

2° Obtener el puntaje: computar el número de soluciones acertadas.

3° Verficar la consistencia del puntaje: comprobas si la composición del puntaje del sujeto se ajusta al esperado.

4° Convertir el puntaje obtenido por el sujeto (puntaje bruto) en el puntaje medio o típico (norma).

5° Convertir el puntaje medio en percentil.

6° Convertir el percentil en rango.

Los rangos que ofrece el test de Raven, según el puntaje obtenido por el sujeto, son los siguientes:

Rango I: " Intelectualmente Superior " percentil 95
Rango II: " Definidamente superior en capacidad - -

intelectual al término medio " igual o superior al percentil 75.

Rango 111: " Intelectualmente término medio " entre - los percentilis 25 y 75

Rango 1V: " Definidamente inferior en capacidad intelectual al término medio " si su puntaje es igual o menor al percentil 25.

Rango V: " Deficiente mental " si su puntaje es igual o menor al percentil 5.

Discrepancias (forma en que se invalidan los resultados del test) :

Es el método mediante el cual se interpreta la significación del puntaje total del sujeto en relación a puntajes con sujetos de su misma edad. Ello pone en evidencia la relación entre la cpacidad intelectual de un individuo y la de - individuos de su misma edad, así como la frecuencia que normalmente se espera que ocurra con personas de análoga capacidad; consistiendo en la determinación de la consistencia del trabajo de sujeto, por medio de la sustracción de los puntajes parciales obtenidos por el sujeto en cada una de las 5 series, el- puntaje que normalmente se a de esperar en cada serie para - el mismo puntaje total. La diferencia entre el computo que - el sujeto obtiene en cada serie y el que normalmente se espera (dada en una tabla, llamada tabla del puntaje normal, manual de Raven) debe de ser de : 0. -1, -2, 1 y 2; si en una serie el puntaje del examinado se desvía más de dos, el puntaje -- total del test no pude aceptarse en su valor nominal como una estimación válida de su capacidad general de actividad inte - lectual.

C) Aplicaciones del test : el test de Raven es ---

utilizable como instrumento de investigación básica y -- aplicada, empleandosele en lo siguiente :

En los Centros de Investigación Psicológica y So - cilológica, para estudios diferenciales y sociales de capacidad intelectual, según la edad, sexo, status y profesión.

En los establecimientos de enseñanza primaria y - secundaria, para ayudar a la formación de grupos homogéneos según su capacidad intelectual.

En los gabinetes de orientación vocaciónal y selección de profresionales, para la evaluación de los estudiantes- y la calificación de los aspirantes a ingresar en oficinas y establecimientos comerciales o industriales.

En clínicas psicológicas, para un primer exámen de capacidad intelectual y DX. del mísmo, así como medio de- exámen de deterioro intelectual.

Evaluación del protocolo por la calidad de errores:

En 1949, en el Departamento de Psicología Educativa de La Plata, se investigó la posibilidad de evaluar el - rendimiento del test de Raven por procedimientos complementarios, siendo estos procedimientos, el de la evaluación- por el tipo de error (evaluación de las fallas de razo - namiento) y la determinación del modo de operar del sujeto, refiriendonos en este caso a la evaluación del protocolo- de la prueba de Raven por el tipo de error que presente el sujeto evaluado.

La calidad de la actividad mental de un sujeto, no solo se denuncia en el número de sus aciertos, sino también en la magnitud de sus errores; distinguiendose tres grupos

o grados de error: los errores por educción de solo dos - correlatos han de considerarse finos (F), los resultados del hallazgo de un solo correlato, medios (M) y de los- derivados de la completa ausencia de educción de correlatos groseros (G). Confeccionandose una tabla de graduación- de errores para los sesenta problemas, con el fin de revisar cada ítem en particular obteniendo el tipo de error que - cometió el sujeto, siendo grosero, medio o fino dependiendo de su respuesta, esto en los ítems que no haya acertado.

Como las series A y B examinan los recursos predominantemente perceptivos y la C D y E las operaciones - - predominantemente reflexivas de la inteligencia, la com - posición de los tipos de error en el sujeto en las series, podrá indicar en cual de esas funciones mentales, el sujeto presenta déficits más importantes.

En el apartado de anexos se presentará una copia de la matriz que se utiliza para la calificación por el tipo de error.

C A P I T U L O 1 1 1

M A R C O D E R E F E R E N C I A C O N C E P T U A L Y M E T O D O L O G I A

" El olvido de una sola circunstancia nos puede llevar al error "

Balmes.

CAPITULO 111

MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL Y METODOLOGIA

111.1 ESTABLECIMIENTO DE HIPOTESIS

1) Ho : No existe diferencia estadísticamente signi- entre los puntajes medios obtenidos en la aplicación del - test de Matrices Progresivas de J. C. Raven en pacientes - psiquiátricos hospitalizados y post - hospitalización.

Ha : Existe diferencia estadísticamente signifi - cativa entre los puntajes medios obtenidos en la aplicación del test de Matrices Progresivas de J. C. Raven en pacientes psiquiátricos hospitalizados y post - hospitalización.

2) Ho : No existe diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones de pruebas invalidadas en - la aplicación del test de Matrices Progresivas de J. C. Raven en pacientes psiquiátricos hospitalizados y post - hospitalización.

Ha : Existe diferencia estadísticamente signifi - cativa entre las proporciones de pruebas invalidadas en la- aplicación del test de Matrices Progresivas de J. C. Raven- en pacientes psiquiátricos hospitalizados y post - hospitalización.

3) Ho : No existe diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de pruebas invalidadas con -- respecto al cuadro clínico padecido por el paciente psiquiátrico .

Ha : Existe diferencia estadísticamente signifi - cativa entre el porcentaje de pruebas invalidadas con respecto al cuadro clínico padecido por el paciente psiquiátrico.

4) Ho : No existe coorrelación entre el puntaje -- obtenido en el test de Matrices Progresivas de J. C. Raven en pacientes psiquiátricos post - hospitalización y el -- grado de escolaridad alcanzado.

Ha : Existe coorrelación entre el puntaje obtenido en el test de Matrices Progresivas de J. C. Raven en pacientes psiquiátricos post - hospitalización y el grado de -- escolaridad alcanzado.

5) Ho : No existe diferencia estadísticamente significativa entre la calificación cualitativa en la aplicación del test de Matrices Progresivas de J. C. Raven en pacientes psiquiátricos hospitalizados y post - hospitalización.

Ha : Existe diferencia estadísticamente significativa entre la calificación cualitativa en la aplicación- del test de Matrices Progresivas de J. C. Raven en pacientes psiquiátricos hospitalizados y post - hospitalización.

111.2 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

Como se mencionó anteriormente en el primer capítulo (Introducción General) y cumpliendo con las hipótesis ya establecidas, los objetivos específicos que se persiguen en la presente investigación, son los siguientes:

Realizar una comparación en la proporción de pruebas invalidadas y puntajes obtenidos entre la primera aplicación (pacientes hospitalizados) y segunda aplicación (pacientes post - hospitalización), con el fin de obtener si es- válida y confiable la utilización de este instrumento en - pacientes psiquiátricos, delimitando la influencia del padecimiento e internamiento del paciente en la invalidez de los resultados así como en el rango que se obtenga tanto - en la primera como en la segunda aplicación.

Realizar una clasificación de los pacientes en base al cuadro clínico padecido, para posteriormente realizar - comparaciones de las proporciones de pruebas invalidadas - por cuadro clínico, con el fin de obtener si exite influencia directa del cuadro clínico específico en la proporcion de- pruebas invalidadas, o lo que es lo mismo si existe algún- cuadro clínico en especial que provoque la invalidez de los resultados.

Como objetivo consecuente: realizar una coorrelación entre el nivel socio - cultural o escolaridad cursada y el puntaje obtenido en la segunda aplicación, con la finalidad de obtener si existe coorrelación entre ambos ya que en al manual del test de Raven se menciona que " Es un instrumento destinado a medir la capacidad intelectual para comparar - formas y razonar por anlogía, con independencia de los -- conocimientos adquiridos." Notando lo contrario en el tra- yecto de la recolección de la muestra, ya que se observó - que a mayor grado de escolaridad cursada o nivel socio - - cultural, mayor sería el puntaje obtenido en el test.

111.3 POBLACION Y MUESTRA

La población objetivo de este estudio, está constituida por pacientes particulares del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de la ciudad de Guadalajara Jalisco, re - duciendose dicha población objetivo a mí población estudio formada por los sujetos que ingresaron diario en dicho -- hospital en el período contenido en el momento de selec -- cionar la muestra, estando establecido este período de dos meses (Mayo y Junio de 1986).

La muestra fué seleccionada al azar, con el fin de- no manipular la información, así como encontrar una mayor-

validez en los resultados arrojados por el estudio.

El tipo de muestreo que se utilizó fué el muestreo-aleatoreo sistemático, debido al tipo de información con la que se trabajaría, ya que no se contaba con la muestra -- reunida en un mismo punto ni tiempo; los sujetos a estudio ingresarían día a día, dependiendo de su entrada al hospital; motivo por el cual se estableció que el muestreo aleatoreo sistemático sería el más acertado para obtener la muestra.

Una vez que ya se tenía claro el procedimiento con-elcual se recolectaría la información, se prosiguió a realizarlo, basandome en la tabla de ingresos diarios de los-pacientes de dicho hospital. Considerando por experiencia-propia en la práctica de dicho hospital, así como por datos obtenidos por la misma tabla de ingresos diarios, se estableció un promedio aproximado de tres pacientes particulares que ingresarían día a día, con los cuales se trabajaría; de estos tres primeros pacientes se tomó uno al azar, siendo-éste el tercero que ingresó el primer día que se inició la recolección de la muestra, por lo que el siguiente sujeto-que formara parte de la muestra sería el resultante del -- sujeto No. 3 más K (siendo K una constante que correspondería a tres, promedio de ingresos diarios de pacientes - particulares al hospital) y así sucesivamente, hasta cumplir con el tiempo predestinado a la recolección de la - - muestra que como ya se mencionó sería de 60 días, ingresando en este período aproximadamente 180 sujetos de los cuales-por medio del muestreo fueron seleccionados 50 sujetos al-azar, realizandoseles a estos una primera aplicación del - instrumento al ingresar, dandoseles margen a que se encontraran fuera de tratamientos intensivos o estancia inicial en condiciones adecuadas, previamente establecidas por el-

departamento de psicología de dicho plantel, para la realización de pruebas psicológicas. Realizandose una segunda - aplicación al mismo sujeto al recibir este su alta médica o fuera de su hospitalización, al regresar a consulta externa.

111.4 VARIABLES

Debido a que la muestra fué seleccionada al azar, por medio de un muestreo aleatoreo sistemático, no se tuvo mucha oportunidad de controlar la mayoría de las variables, ya - que se corría el riesgo de perder la aleatoriedad.

Variables controladas

- Pacientes particulares del Hospital San Juan de - - Dios.
- Edad que requiere el test para ser administrado, - de 12 a 65 años de edad.
- Se realizaría la primera aplicación, siempre y -- cuando el sujeto a estudio se encontrara relativamente en - condiciones adecuadas para poder realizar la prueba. (fuera de unidad breve o tratamientos intensivos).
- Se realizaría la segunda aplicación al recibir el- paciente su alta médica o fuera de su internamiento, des -- cartandose los pacientes que fueran dados de alta por petición familair.

Variables no controladas

- Sexo
- Escolaridad
- Nivel socio - económico
- Ocupación
- Tipo de farmacos que recibía

111.5 ESENARIO

Al hablar de esenario, se refiere específicamente al - lugar en el cual se realizó primordialmente la investigación, siendo este el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios del - Municipio de Zapopan Jalisco, tanto en el pabellón de mujeres como de hombres; realizandose las aplicaciones del instrumento en consultorios médicos, constando estos con adecuada iluminación y ventilación, así como con los muebles adecuados y- necesarios para una comoda aplicación (un escritotio y dos sillas), estando este ausente de ruidos que pudieran interferir en la aplicación. Motivo por el cual considero el -- esenario o lugar donde se recabó la información, adecuado,- no interfiriendo este en los resultados obtenidos.

Con lo que respecta a mi persona, traté de establecer el raprt necesario dependiendo del sujeto a estudio, dandole una breve explicación a rasgos generales cual era el motivo de la aplicación de tal instrumento al ingresar a su internamiento y a la salida de el, con el fin de reducir al maximo la ansiedad que les provoca el sentirse evaluados y evitarlo mayor posible que esta interviniera en los resultados.

C A P I T U L O I V

A N A L I S I S D E D A T O S

" Siempre hay algo nuevo que
que puede ser asimilado "

F. Perls.

CAPITULO IV

ANALISIS DE DATOS

IV.1 ANALISIS ESTADISTICO DE LAS HIPOTESIS

Primeramente se darán a conocer los resultados obtenidos en la psilcación del test de Matrices Progresivas en pacientes psiquiátricos, tanto la primera aplicación (hospitalizados) como la segunda aplicación (psot - hospitalización).

Resultados obtenidos en la primerá aplicación:
(0= resultados no invalidadados y 1= resultados invalidados.)

SUJETO	PUNTAJE	VALIDEZ DEL PUNTAJE	RANGO Y DIAGNOSTICO
1°	3	1	
2°	14	1	
3°	22	0	V Deficiente
4°	13	1	
5°	11	1	
6°	15	0	V Deficiente
7°	35	0	V Deficiente
8°	12	1	
9°	22	0	V Deficiente
10°	12	1	
11°	37	0	IV Inf. al Term. Medio
12°	31	0	V Deficiente
13°	22	1	
14°	37	0	IV Inf. al Term. Medio
15°	25	1	
16°	23	0	V Deficiente
17°	37	1	

18°	19	0	V Deficiente
19°	19	1	
20°	43	0	1V Inf. al Térm. Medio
21°	11	1	
22°	16	0	V Deficiente
23°	13	1	
25°	32	1	
26°	13	1	
27°	23	1	
28°	19	0	V Deficiente
29°	21	0	V Deficiente
30°	12	1	
31°	34	1	
32°	42	0	111 Término Medio
33°	39	0	1V Inf. al Térm. Medio
34°	14	1	
35°	12	1	
36°	14	1	
37°	34	1	
38°	38	0	111 Término Medio
39°	15	0	V Deficiente
40°	40	0	1V Inf. al Térm. Medio
41°	48	0	111 Témino Medio
42°	15	0	V Deficiente
43°	10	1	
44°	50	0	111 Término Medio
45°	45	0	11 Sup. al Térm. Medio
46°	31	0	V Deficiente
47°	25	0	1V Inf. al Térm. Medio
48°	17	0	V Deficiente
49°	36	0	V Deficiente
50°	27	0	V Deficiente

Resultados obtenidos en la segunda aplicación:
(0= resultados no invalidados y 1= resultados inva - lidados)

SUJETO	PUNTAJE	VALIDEZ DEL PUNTAJE	RANGO Y DIAGNOSTICO
1°	15	0	V Deficiente
2°	19	1	
3°	21	0	V Deficiente
4°	18	1	
5°	16	0	V Deficiente
6°	19	0	V Deficiente
7°	34	1	
8°	15	0	V Deficiente
9°	31	0	1V Inf. al Térm. Medio
10°	14	0	V Deficiente
11°	38	0	1V Inf. al Térm. Medio
12°	19	0	V Deficiente
13°	37	0	1V Inf. al Térm. Medio
14°	32	0	V Deficiente
15°	26	0	V Deficiente
16°	26	0	V Deficiente
17°	43	0	111 Término Medio
18°	24	0	V Deficiente
19°	24	0	V Deficiente
20°	50	0	11 Sup. al Térm. Medio
21°	17	0	V Deficiente
22°	18	1	
23°	15	0	V Deficiente
24°	18	0	V Deficiente
25°	21	0	V Deficiente
26°	8	1	
27°	20	1	
28°	26	0	V Deficiente

29°	25	0	V Deficiente
30°	14	1	
31°	33	0	1V Inf. al Térm. Medio
32°	41	0	1V Inf. al Térm. Medio
33°	28	0	V Deficiente
34°	20	0	V Deficiente
35°	15	1	
36°	17	0	V Deficiente
37°	34	1	
38°	40	0	111 Término Medio
39°	17	0	V Deficiente
40°	43	0	1V Inf. al Térm. Medio
41°	49	0	111 Término Medio
42°	16	0	V Deficiente
43°	15	0	V Deficiente
44°	51	0	11 Sup. al Térm. Medio
45°	47	0	11 Sup. al Térm. Medio
46°	34	0	1V Inf. al Térm. Medio
47°	44	0	1V Inf. al Térm. Medio
48°	20	0	V Deficiente
49°	19	0	1V Inf. al Térm. Medio
50°	34	0	V Deficiente

Una vez ya presentadas las tablas con los resultados obtenidos en la primera y segunda aplicación del test de -- Matrices Progresivas, se proseguirá a realizar el análisis estadístico de las hipótesis ya planteadas en el capítulo - anterior.

HIPOTESIS 1:

Ho: M1 = M2 en función de $M = \mu$

Ha: M1 $\neq$ M2

Donde M1 significa la media de los puntajes obtenidos en la primera aplicación del test de Matrices progresivas en pacientes psiquiátricos hospitalizados y M2 la media de los puntajes obtenidos en la segunda aplicación del mismo test, en los mismos pacientes, en condiciones de psot - hospita -- lización.

Se realizará una prueba de medias t de student con -- datos apareados, corrieguiendose los estimadores por finitud debido a que el muestreo se realizó en una población finita.

Sea Si = Xi1 - Xi2 la diferencia en los puntajes de la primera aplicación y la segunda aplicación del sujeto -- i-ésimo, por lo que $Ss = 1/50 \sum_{i=1}^{50} Si$, donde Ss es el promedio muestral de las diferencias bajo muestreo sistemático, siendo el estimador de la Varianza de:

$$\bar{S}s : \hat{V}(\bar{S}s) = (1-n/N)\, Ss2/n = (1-n/N)\, Ss2$$

Por lo tanto el estadístico es:

$$t = \frac{\bar{\delta} - 0}{\sqrt{\hat{V}(\bar{\delta}s)}}$$

Teniendo una distribución t de student con n-1 grados de libertad, con un nivel de significancia = 0.01 para la-prueba.

$$|t| > t(n-1,\ 1-\alpha/2) = t49,\ o.995 = 2.68$$

Ejecutando la prueba tenemos que:

$$\bar{\delta} = \bar{X}1 - \bar{X}2 = -2.18$$

$$S2\hat{\delta} = 0.7956654$$

$$\hat{V}\ (\bar{\delta}s) = 0.530444 \therefore t = \frac{-2.18}{\sqrt{0.53}} = -2.993$$

Por lo que:

$$|t| = 2.293 > 2.68$$

De lo cual se concluye qu la hipóteiss de nulidad se-rechaza en función de la hipótesis alterna; con una confiabilidad del 99%, por lo que tenemos que:

" Existe diferencia estadísticamente significativa -- entre los puntajes medios obtenidos en la aplicación del test de Matrices Progresivas de J. C. Raven en pacientes psiquiátricos hospitalizados y psot - hospitalización "

HIPOTESIS 2:

Ho: P1 = P2 en función de

Ha: P1 ≠ P2

Donde P1 es la proporción de pruebas invalidadas de la primera aplicación del test de Matrices Progresivas en pacientes psiquiátricos hospitalizados y P2 es la proporción de pruebas invalidadas de la segunda aplicación del mismo test, a los mismo pacientes pero en condiciones de post - - hospitalización. Bajo muestreo sistemático con dos muestras apareadas.

$$\text{Sea } CiK \begin{cases} 0\text{: prueba no invalidada} \\ 1\text{: prueba invalidada} \end{cases}$$

i: 1, 2....50 (sujetos)

K: 1° y 2° aplicación

Donde $Si = Ci1 - Ci2$

Por lo tanto $\bar{S}s = 1/50 \sum_{i=1}^{50} Si = \hat{P}1 - \hat{P}2$

$\hat{V}(\bar{S}s) = (1-n/N)\ S2s = (1-n/N)(1/(n-1)2)$--

$(\sum_{i=1}^{n} (Si = \bar{S}2))$

En nuestro caso = $(1-n/N)\ (1/n-1)2\ (\Sigma Si2 - n\bar{S}2)$

Ejecutando la prueba tenemos que:

$\hat{P}1 = 0.46$

$\hat{P}2 = 0.28$

Por lo que $\bar{S}s = \hat{P}1 - \hat{P}2 = 0.28$

$S2s = 0.28735$ por lo tanto $\hat{V}(\bar{S}) = 0.0390948$

sustituyendo $t = \dfrac{\bar{S} - 0}{\sqrt{(\hat{V}(\bar{S}))}} = 4.47815$

$t = 49,0.999 = 3.26$

De lo cual se concluye que la hipótesis de nulidad - se rechaza en función de la hipótesis alterna, con una confiabilidad del 99%. Por lo que tenemos que :

" Existe diferencia estadísticamente significativa - entre las prpporciones de pruebas invalidadas en la aplicación del test de Matrices Progresivas de J. C. Raven en pacientes psiquiátricos hospitalizados y post-hospitalización "

HIPOTESIS 3:

Ho: pi/j no depende de j en función de
Ha: pi/j si depende de j

Donde i comprende las categorías de los resultados-invalidados y no invalidados y j comprende el cuadro clínico o patología padecida por el paciente (prueba de homogeneidad).

Realizandose una prueba en tablas de contingencia:

Siendo A: el grupo de pacientes con Trastornos -- Esquizofrénicos.

B: el grupo de pacientes con Trastornos -- Afectivos.

C: el grupo de pacientes con Trastornos de la Personalidad.

D: el grupo de pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias.

Presentandose a continuación las Tablas de Contingencia de los valores obsevados y de los valores esperados, tanto en la primera como segunda aplicación.

Valores observados en la primera aplicación:

	Gpo.A	Gpo.B	Gpo.C	Gpo.D		
Pruebas no invalidadas	7	5	7	7	=	26
Pruebas invalidadas	11	3	2	8	=	24
	18	8	9	15	=	50

Valores esperados en la primera aplicación:

	Gpo.A	Gpo.B	Gpo.C	Gpo.D		
Pruebas no invalidadas	9.36	4.16	4.68	7.80	=	26
Pruebas invalidadas	8.64	3.84	4.32	7.2	=	24
	18	8	9	15	=	50

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Valores observados en la segunda aplicación:

	Gpo.A	Gpo.B	Gpo.C	Gpo.D		
Pruebas no invalidadas	16	7	8	7	=	41
Pruebas invalidadas	2	1	0	6	=	9
	18	8	8	16	=	50

Valores esperados en la segunda aplicación:

	Gpo.A	Gpo.B	Gpo.C	Gpo.D		
Pruebas no invalidadas	14.76	6.56	6.56	13.12	=	41
Pruebas invalidadas	3.24	1.44	1.44	2.88	=	9
	18	8	8	16		50

Siendo el estadístico de prueba:

primera aplicación: $X = \sum_{i,j} \frac{(Oij - Eij)}{\Sigma i,j} \sim X^2 3 = 4.1429$

segunda aplicaciín: $X = \sum_{i,j} \frac{(Oij - Eij)}{\Sigma i,j} \sim X^2 3 = 6.6204$

Ambas con tres grados de libertad.

Dando el valor crítico para la hipótesis, 7.81, con una confiabilidad del 95% para los dos casos. Por lo que - se concluye:

" No existe diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de pruebas invalidadas con respectoa al cuadro clínico padecido por el paciente psiquiátrico "

HIPOTESIS 4:

Ho: $\rho s = 0$ en función de

Ha: $\rho s \neq 0$

Donde s es la correlación que existe entre los -- rangos de escolaridad y los rangos del puntaje obtenidos en el test.

En este caso se eligió la prueba no paramétrica para no haces suposiciones de distribucionalidad de los puntajes y grados de escolaridad.

Se puede ver que la eficacia asintótica de la prueba de rangos correlacionados de Spearman es de aprosimadamente de 0.8, comparada con la prueba paramétrica más potente.(ver Conver, W. J. (1976). " Practical parametric statistcs " edit. Wiley, pags. 138, 152-54)

A continuación se presentan los puntajes obtenidos - en el test y la escolaridad cursada por el sujeto, presentandose estos en rangos, es decir, se asignó el rango corres - pondiente a cada puntaje y grado de escolaridad de menor a- mayor, sacondose el promedio de rango en los puntajes y -- grado de escolaridad que se repetían. Midiendose el grado - de escolaridad por años cursados de escuela por los sujetos, por ejemplo, si un sujeto cusró hasta primer año de secundaria, su escolaridad corresponderá a 7 años cursados y dependiendo de los años cursados será el rango que le corresponda; para posteriormente realizar la coorrelación entre amos -- rangos.

SUJETO	ESCOLARIDAD (RANGO)	PUNTAJE (RANGO)
1	1	8.5
2	16	20
3	27.5	26
4	17	17
5	17	11.5
6	5	20
7	49.5	36.5
8	8	8.5
9	31.5	31
10	17	5
11	37	40.5
12	31.5	31
13	42	38.5
14	49.5	38.5
15	17	26.5
16	31.5	28.5
17	31.5	45
18	17	24.5
19	2	20
20	46.5	44.5
21	17	14
22	17	17
23	17	8.5
24	17	17
25	42	33
26	17	3
27	27.5	24.5
28	35	28.5
29	37	26.5
30	5	2
31	42	34.5
32	31.5	44

33	42	42
34	8	5
35	5	1
36	17	5
37	42	36.5
38	42	40.5
39	8	14
40	25.5	43
41	42	48
42	17	11.5
43	3	8.5
44	48	49.5
45	37	47
46	25.5	31
47	46.5	46
48	17	22
49	31.5	34.5
50	17	14

Calculando:

$$r_s = \frac{[\sum_{i-1}^{n} r_{xi}\, r_{yi}] - [n(\frac{n+1}{2})^2]}{[\sum r_{xi}^2 - n(\frac{n+1}{2})^2]\ [\sum r_{yi}^2 - n(\frac{n+1}{2})^2]}$$

Tenemos que:

$$t = (n-2)^{\frac{1}{2}} \frac{rs}{(1-r_s^2)^{\frac{1}{2}}} = r_s\sqrt{\frac{n-2}{1-r_s^2}}$$

$$t = (0.8514046)\ \left(\frac{48}{(1-0.8514046)}\right) = 11.25$$

Por lo tanto:

$$|t| = 11.25 > t(48, 0.995) = 2.40$$

Por lo que se concluye con un 99% de confiabilidad el rechazo de la hipótesis de nulidad. Por lo que se con - cluye:

" Existe coorrelación entre el puntaje obtenido en la aplicación del Test de Matrices Progresivas de J. C. - Raven en pacientes psiquiátricos y el grado de escolaridad "

HIPOTESIS 5:

Ho: $\mu_G = \mu_M = \mu_F$ en función de

Ha: $\mu_G \neq \mu_M \neq \mu_F$

Haciendose un análisis de varianza de los tipos de - error en la primera aplicación vemos que el estadístico - - F = 21.49918, y en la segunda aplicación, F= 18.59893. Comparados en el cuantil F(2,147,0.99)=4.75, por lo que con una confiabilidad del 99% podemos concluir el rechazo de la -- hipótesis de nulidad. Por lo que tenemos que:

" Existe diferencia estadísticamente significativa - entre la calificación cualitativa o tipos de error en la -- aplicación del test de Matrices Progresivas de J. C. Raven- en pacientes psiquiátricos hospitalizados y post-hospitalización"

Una vez rechazada la hipótesis de nulidad se proseguirá a observar las diferencias de medias por el método para -- muestras balanceadas de Jhon Tukey, el cual dice que toda - diferencia de medias que excede a T $\sqrt{\text{cuadrados medios del error}}$ es significativa, donde T se deduce, para un nivel de sig - nificancia especificado de las tablas de intervalos estandarizados: $T=\frac{1}{\sqrt{N}}\ q_{r,n-r}$ Donde r es el número de grupos, n el tamaño de la muestra y n el tamaño de cada grupo, en nuestro caso esto sera en la primera y segunda aplicación.

Primera aplicación:

T=0.58124 donde CME= 25.83756

(Cota) $C = T\sqrt{CME} = (0.58124)\sqrt{25.83756}$

$C = 2.95$ (Cota máxima aceptable en las $\bar{X}$ - de los tipos de error)

DIFERENCIA DE MEDIAS: (primera aplicación)

HIPOTESIS	$\lvert \bar{X}i-\bar{X}j \rvert$	SUPERA LA COTA (2.95)	REGLA DE DESICION
$Ho_1 = \mu_G = \mu_M$	5.66	Si	Rechaza Ho_1
$Ho_2 = \mu_G = \mu_F$	5.86	Si	Rechaza Ho_2
$Ho_3 = \mu_M = \mu_F$	0.20	No	No rechaza Ho_3

Segunda aplicación:

$T=0.58124$ donde $CME=22.64464$

(Cota) $C=T\sqrt{CME}=(0.58124)\sqrt{22.64464}$

$C=2.77$ (Cota máxima aceptable en las $\bar{X}$ de los tipos de error)

DIFERENCIA DE MEDIAS: (segunda aplicación)

HIPOTESIS	$\lvert \bar{X}i-\bar{X}j \rvert$	SUPERA LA COTA (2.77)	REGLA DE DESICION
$Ho_1 = \mu_G = \mu_M$	4.7	Si	Rechaza Ho_1
$Ho_2 = \mu_G = \mu_F$	5.28	Si	Rechaza Ho_2
$Ho_3 = \mu_M = \mu_F$	0.62	No	No rechaza Ho_3

Por lo que se concluye con una confiabilidad de 99% que el error de tipo grueso es significativamente diferente tanto en la primera como en la segunda aplicación.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

"....Para animar a los que entraron en este tipo de trabajo.....nunca sera excesivo recordarles que es - muy probable vean avances en este- campo del esfuerzo humano..... "

Informe anual del Hospital Friends.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Estando claramente definido el objetivo primordial - del presente estudio de investigación, el de determinar si el Test de Matrices Progresivas de J. C. Raven es lo suficientemente válido y confiable para el diagnóstico de Inteligencia en pacientes psiquiátricos, se realizó en el capítulo anterior el análisis estadístico de la hipótesis planteadas. Por ---- consiguiente se dará una breve conclusión de cada una de las hipótesis planteadas, así como las observaciones hechas en el transcurso de la presente investigación.

HIPOTESIS 1

Ho: " No existe diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes medios obtenidos en la aplicación del test de Matrices Progresivas de J. C. Raven en pacientes -- psiquiátricos hospitalizados y post-hospitalización "

Al plantear esta hipótesis lo que se persiguió fué el ver si existía confiabilidad en los resultados que arroja este test. Comprobar la existencia de algun cambio significativo- entre el puntaje medio obtenido en la primera aplicación en el paciente psiquiátrico hospitalizado y el puntaje medio -- obtenido en la segunda aplicación del test en el mismo paciente pero en condiciones de post-hospitalización, fuera de su crisis aguda, encontrandose con una confiabilidad del 99% el rechazo de la hipótesis de nulidad. Lo que nos refeleja una baja confiabilidad en los resultados de la aplicación del test de Matrices Progresivas de J. C. Raven en pacientes Psiquiátricos.

Considerandolo consecuencia de su internamiento, su - estado emocional y proceso de tratamiento, por lo que se --

concluye que es necesario tomar con demasiada cautela los resultados de este test al ser aplicado en pacientes psiquiátricos por su baja confiabilidad.

HIPOTESIS 11

Ho: " No existe diferencia estadŚiticamente significativa entre las proporciones de pruebas invalidadas en la aplicación del test de Matrices Progresivas de J. C. Raven en pacientes psiquiátricos hospitalizados y post-hospitalización "

Al realizarse el análisis estadístico de esta hipótesis se persigue obtener la proporción de pruebas invalidadas tanto en la primera aplicación del test como en la segunda aplicación del mismo, realizandose una comparación entre ambas aplicaciones.

Obteniendose con un grado de confiabilidad del 99%, el rechazo de la hipótesis de nulidad, lo que indica que la proporcion de pruebas invalidadas en la primera y segunda aplicación es diferente. Siendo en la primera aplicación un numero de 23 pruebas invalidadas de 50 sujetos que conformaron la muestra; lo que nos indica que en el área clínica, específicamente en pacientes psiquiátricos no nos ofrece la suficiente validez, ya que en un 50% se invalidan los resultados.

En la segunda aplicación, tenemos que de 50 sujetos (muestra) siendo estos los mismos sujetos de la primera aplicación pero en condiciones de post-hospitalización se obtuvieron un total de 9 pruebas invalidadas; lo cual indica que las condiciones de los pacientes psiquiátricos hospitalizados provocan un alto porcentaje de invalidez en los resultados de este test. Por lo consiguiente no se puede tomar como aceptable el supuesto establecido en el manual

dado por este test: " Se aplica a todo sujeto, cualquiera que sea su estado y capacidad motora " así como " Tiene - aplicación en clínicas de psicología y psicopatología para un primer exámen de capacidad intelectual " (Manual del - test de Matrices Progresivas de J. C. Raven)

Observandose además diagnósticos realmente inferiores a lo esperado y observado en ambas aplicaciones:

Primera aplicación: (27 pruebas no invalidadas)

Diagnóstico:	Número de sujetos:
Deficiente mental	15
Inf. al término medio	7
Término medio	4
Sup. al término medio	1

Segunda aplicación: (41 pruebas no invalidadas)

Diagnóstico:	Número de sujetos:
Deficiente mental	26
Inf. al término medio	9
Término medio	3
Sup. al término medio	3

Como se puede observar, el número de sujetos son Dx. de Deficiente mental es muy elevado, siendo este rango el - más bajo que da la tabla de Dx. de dicho test.

Tomando como referencia a Fridrich Dorsch, en su - Diccionario de Psicología, cita al deficiente mental como: " Persona oligofrénica, falta de agilidad mental, pobreza de ideas y conceptos, defectos en la visión de conjuntos y de

previsión e independencia de juicios....persona incapaz de poder realizar una vida independiente. "

No encajando este Dx. con la mayoría de los sujetos que conformaron la muestra, ya que presentan trastornos - emocionales pero poseen vida independiente, siendo la mayoría capaces de llevar posteriormente a su internamiento una vida productiva, dentro de su ambiente social, laboral y familiar.

Por lo que es necesario una vez más, en base a los- resultados obtenidos en la hipótesis anterior, tomar con - cautela el Diagnóstico que nos da el test de Matrices Progresivas en pacientes psiquiátricos, por su relativa validez en esta área.

HIPOTESIS 111

" No existe diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de pruebas invalidadas con respecto al- cuadro clínico padecido por el paciente psiquiátrico "

Una vez ya establecida la proporción de pruebas inva- lidadas, en la primera ysegunda aplicación, surge la inquie- tud de realizar un análisis para obtener si existía influencia directa del cuadro clínico específico, padecido por el - - paciente, en la invalidez del puntaje.

Realizandose para el análisis de dicha hipótesis, -- como ya se observó en el capítulo anterior, tablas de con - tingencia tanto para la primera como para la segunda aplicación, observandose en ambas, el rechazo de la hipótesis de nulidad, con una confiabilidad del 99%, lo cual nos indica que no - existe influencia específica o particular de algúna patología en especial en la invalidación de los resultados. Existiendo

la misma posibilidad de invalidez en Trastornos Psicóticos, Trastornos Afectivos, Trastornos de Personalidad o Trastornos por Uso de Sustancias.

Por lo que se considera que los fundamentos establecidos por Raven para medir inteligencia, no se acomodan a las necesidades del área clínica, siendo estos fundamentos la -- aprhensión de relaciones y correlaciones, basadas en la -- persepción y razonamiento lógico, funciones muy generales - que frecuentemente se ven afectadas en el paciente psiquiátrico. Motivo por el cual los puntajes e invalidan o encuadran en rangos de diagnósticos muy bajos.

HIPOTESIS IV

" No existe correlación entre el puntaje obtenido en el Test de Matrices Progresivas de J. C. Raven y el grado de escolaridad cursado por el paciente psiquiátrico "

Esta hipótesis surge realemte en el transcurso de la recolección de la información, o lo que es lo mismo, al reunir la muestra, ya que se observó, que sujetos con nivel socio-cultural muy bajo o escolaridad baja o nula, obtenían puntajes más bajos que sujetos con un nivel socio-cultural más alto o con un grado de escolaridad mayor. Motivo por el cual se decide realizar una correlación entre el puntaje obtenido en la segunda aplicación y el grado de escolaridad cursada por el sujeto, ya que en la segunda aplicación era menor el número de pruebas invalidadas y los puntajes eran un poco más altos.

Rechazandose la hipótesis de nulidad, por lo que se concluye, que existe correlación positiva entre el puntaje obtenido en el test y el grado de escolaridad cursada o nivel socio-cultural.

Por lo que es necesario tomar en cuenta el nivel - socio-cultural o escolaridad al obtener el puntaje o al - momento de la evaluación. Reiterando que lo cual se refiere específicamente a sujetos con características similares a- los de esta muestra.

Citandose lo contrario en el manula del test de Raven, " Instrumento destinado a medir la capacidad intelectual... para comparar formas y razonar por analogía, con independencia de los conocimientos adquiridos ....."

HIPOTESIS V

" No existe diferencia significativa en la calificación cualitativa o por el tipo de error cometido en el Test de- Matrices Progresivas de J. C. Raven en pacientes psiquiátricos hospitalizados y post-hospitalización "

Tratandose de obtener la calificación completa que- indica el manual de Matrices Progresivas, siendo esta no - solo una calificación cuantitativa del protocolo sino incluyendo una calificación cualitativa del mismo, se prosiguió a realizar el análisis estadístico de dicha hipótesis, -- obteniendose la nulidad de la misma, por lo que se concluye la existencia de diferencia estadísticamente significativa en el tipo de error cometido por el sujeto (grosero, medio, fino) en la primera y segunda plicación; para posterior - mente determinarse que la diferencia de medias, en ambas - aplicaciones se presentó en el error de tipo grueso, con - respecto a ambas medias (error medio y fino).

Obteniendose del conteo natural de lostipos de error en ambas aplicaciones los siguientes datos:

	GRUESO	MEDIO	FINO
PRIMERA APLICACION	761	478	468
SEGUNDA APLICACION	702	467	438

Es obvia la diferencia entre las cantidades naturales en los tipos de error, no siendo así al obtener estadísticamente las medias de estas cantidades, solo encontrandose diferencia en la media estadística del tipo de error grueso, con respecto a las otras dos medias de los tipo de error medio y grueso.

Por lo que se concluye, que en pacientes psiquiátricos existe una gran ausencia de educción de relaciones y correlatos hablando en términos de acuerdo a los fundamentos teóricos - del test de Matrices Progresivas .

Después de haberse realizado la presente investigación, se puede concluir con seguridad, que un test de inteligencia eficaz y adecuado, es aquel que mida una gran diversidad de- habilidades y capacidades; incluyendo las verbales y las no- verbales, las aprendidas tempranamente y las aprendidas re - cientemente, las cronometradas y las no cronometradas, las - que tienen carga cultural y las que no la tienen. Es pues -- cuando se convierte en la configuración total de las potencia- lidades y debilidades de la persona que revelan la naturaleza de sus cualidades y limitaciones.

SUGERENCIAS

Considerando necesarias en la terminación de cualquier estudio de investigación, no solo las conclusiones obtenidas, sino también las sugerencias que se puedan aportar tanto al tema o área que en dicha investigación se trató, así como -- sugerencias que se puedan aportar a estudios posteriores que deseen continuar o ampliar la presente investigación.

Con respecto a la utilización del test de Matrices - Progresivas en el área clínica, específicamente en pacientes psiquiátricos, se recomienda utilizarlo con reserva o demasiada cautela, tomando como base los fundamentos antes es - tablecidos, o se sugiere utilizar la versión corta de test- de Matrices Progresivas, mencionada en el presente estudio, Capítulo 1, aparta 1.4, " Información Previa General " - - (revisión de estudios resientes) en el cual se realiza una revisión del test para pacientes psiquiátricos de la cual se obtuvo una versión corta del Raven, de lo cual se recomienda tomar como base dicho estudio realizado en Alemania para --- realizar uno semejante con pacientes psiquiátricos o muestra mexicana , con la finalidad de probar y estandarizar esta -- nueva versión y medir su grado de validez y confiabilidad en pacientes psiquiátricos.

Se sugiere también a estudios posteriores que deseen- continuar la presente investigación, ampliar la muestra, -- incluyendo en ella un grupo de persona " normales " con el - fin de realizar comparaciones entre una muestra de pacientes psiquiátricos con una muestra de persona " normales ", para comprobar las hipótesis aquí establecidas, en muestra de personas " normales ". Se sugiere también el realizar un se -- guimiento de casos y volver a realizar un retest.

Una vez ya establecidas las conclusiones y sugerencias nacidas de esta investigación, se espera que la presente -- tesis contrubuya de alguna u otra forma al campo de la Psicología Clínica y muy especialmente al de la Psicometría, instrumento tan valioso para el Psicólogo.

C A P I T U L O 1 V

A N E X O S

Anexo 1: Protocolo de prueba de Raven.

Fecha de Nac.:.....	Motivos de la Apl.: .....
Edad:.....años .....meses. Grado:.....	Fecha de hoy:.....
Distrito:.....Escuela:.....	Hora de inic.: .....
Maestra:.....	Duración:.....
	Hora de fin: .....

A		B		C		D		E	
1		1		1		1		1	
2		2		2		2		2	
3		3		3		3		3	
4		4		4		4		4	
5		5		5		5		5	
6		6		6		6		6	
7		7		7		7		7	
8		8		8		8		8	
9		9		9		9		9	
10		10		10		10		10	
11		11		11		11		11	
12		12		12		12		12	
Punt. parc.:		Punt parc.:		Punt parc.:		Punt parc.:		Punt parc.:	

ACTITUD DEL SUJETO
Forma de trabajo

Reflexiva — Intuitiva
Rápida — Lenta
Inteligente — Torpe
Concentrada — Distraída

Disposición

Dispuesta — Fatigada
Interesada — Desinteresada
Tranquila — Intranquila
Segura — Vacilante

Perseverancia

Uniforme — Irregular

DIAGNOSTICO			
Edad cron.		Puntaje	
T/minut.		Percent.	
Discrep.		Hongo	

Diagnóstico

.....
Examinador

Anexo 2: Matriz de la calificación cualitativa del protocolo de prueba (Raven).

	A			B			C			D			E		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
1	1-2-3 5-6			1-3-4 5-6			3-4-6 7	1-5	2	1-2-4 5-6-7 8			1-2-4 5-8	3	6
2	1-2-3 4-6			1-4-5	2-3		1-4-5 6-8	3-7		1-5-6 7	2-3	8	2-4-5 7-8	1	3
3	2-4-5 6	3		3-4-5 6	2		2-4-6 8	5-7	1	7-8	1-5	2-4-6	1-4-4 5-6-7		2
4	1-5-6	4	3	1-3-5	4-6		6-7	1-2-5	3-4	3-4-6		1-2-5 8	1-3-4 5-6-7 8		
5	1-2-5	3	4	3-6	4-2	5	2-3-5 6	4-8	1	3-5-7	1-6	2-4	2-3-4 5-6-7 8		
6	4-5-6	1	2	5	1-6	2-4	2-6-7	1-3	5-8	1-4-7 8	2	3-5	1-2-3 4-6-7	8	
7	1-2	3-5	4	2-3	4-6	1	2-6	4-8	1-3-7	6-7	1-3	2-4-8	1-3-4 5 8	7	6
8	4-5	3	1-6	5-4-1	3	2	3-4-7	5-8	2-6	6-7 8	1-3	2-5	2-3-5 7 8	6	1
9	2-3-4 6		5	2-6	1-3	5	3-8	2-4-5 6	1	6-7-8	5-3	2-4	2-3-4 7	5-6-8	
10	1-2-5	4	6	4-5	6	1-2	3-5-7	1-2-4	8	6-3-4	1-8	5-7	3-4-5 7-8	1-2	
11	1-2	4-6	3	1-5	6	2-3	4-6-8	5-7	2-3	1-4-6 7	2-8	3	5-6-7	2-8	1-4
12	3-5	1	2-6	1-4-6	2-3-6	1-4	7-8	1-5	3-4-6	1-3	4-7	2-5-8	1-3-4 7-8	6	2

Anexo 3: Ejemplo de la calificación cualitativa (tipo de error) del protocolo de prueba de Raven.

SUJETO No.

	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

SUJETO No.

	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

SUJETO No.

	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

SEGUNDA APLICACION

G:
M:
F:

	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

G:
M:
F:

	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

G:
M:
F:

	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

CAPITULO VII

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R F I A

1.- Anastasi, Tests Psicológicos, edt. Aguilar.(2)(22)(23)

2.- American Psychiattic Associaton, D.S.M. 111 Manual - Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, edt. Masson. (11)(12)(13)

3.- Butcher H. J.,Inteligencia Humana, edt. Marova. (15)

4.- Colb C. Lawrence, Psiquiatría Clínica Moderna , edt. - Noyes. (10)

5.- Caso Muñoz Agustín, Fundamentos de Psiquiatría, edt. - Limusa. (8)(9)

6.- Conover, Practical Parametric Statistcs, edt. Wiley.

7.- Douglas A. y Nietzel Michael, Introducción a la Psicología Clínica, edt. Mc. Graw Hill.

8.- Dorsch Friedrich, Diccionario de Psicología, edt. Herder. (4)(5)(6)

9.- Diccionario, Enciclopedia de la Psicología, edt. Oceáno.

10.- Geldard A. Frank, Fundamentos de Psicología, edt. Trillas.

11.- Freedman Alfred M., Kaplan Harold, Sadock Benjamín J., Compéndio de Psiquiatría , edt. Salvat. (18)

12.- Freedman Alfred M., et. al. Tratado de Psiquiatría, - edt. Salvat.

13.- Lion Jhon R. Trastornos de Personalidad, edt. Salvat.

14.- Patiño J. Luis, Psiquiatría Clínica, edt. Salvat.(16)(17)

15.- Rapaport David. Tests de Diagnóstico Psicológico,edt.- Paidos.(3)

16.- Raven J. C. Tests de Matrices Progresivas (manual), edt. Paidos. (1)(7)(19)(20)(24)

17.- Székeley Béla. Los Tests (primera y segunda parte), edt. Kapelusz.

18.- Teresita del Niño de Jesús Higashi, Tesis Profesional, Correlación del Nivel Intelectual a traves del test de Rorschach y el test de Raven en pacientes psiquiátricos, U.A.G.

19.- Tesis Profesional, Judith Delgadillo, La prueba de -- Raven en el Paciente Epiléptico, U.A.G. .

20.- Whittaker James O. Psicología , edt. Interamericana.

21.- Zax Melvin, Cown L. Emory, Psicopatología, edt. ----- Interamericana.