

# PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO INFANTIL

Maria Vives Gomila



# PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO INFANTIL

Maria Vives Gomila

## **PRESENTACIÓN**

Esta obra constituye el resultado de la intersección, a lo largo de décadas, de encuentros muy diversos y enriquecedores entre mis alumnos de Psicodiagnóstico Infantil, Psicodiagnóstico, Tests Proyectivos y Test de Rorschach; un equipo de profesionales de un Centro de Diagnóstico y Tratamiento en una área suburbial de Barcelona, y otros psicólogos, terapeutas y psicoanalistas de la Psicología académica y de instituciones privadas.

Su contenido está especialmente orientado a estudiantes de Psicología de pregrado, postgrado y Master, así como a todos aquellos psicólogos clínicos que conciben el Psicodiagnóstico -Evaluación Psicológica- como un proceso vinculado a la indicación, aplicación y evaluación del tratamiento psicológico, y cuyo objetivo profesional sea favorecer el proceso de pensamiento, cualquiera que fuere el procedimiento o método de intervención aplicado.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo fundamental de esta obra lo constituye, de una parte, el estudio del proceso psicodiagnóstico clínico infantil con todas sus etapas y derivaciones; de otra, la vinculación que desde esta perspectiva existe entre evaluación y tratamiento. Complementariamente, al profundizar en las fases del proceso y en los procedimientos utilizados, se resalta el papel de la entrevista y anamnesis como prueba y subfase básicas respectivamente y que pueden considerarse a un tiempo, técnicas insustituibles de toda evaluación psicológica infantil.

La realización de este ‘proceso diagnóstico’ aplicado a niños, requiere para su efectividad del concurso de dos referentes básicos e imprescindibles: la Psicología Evolutiva y la Psicopatología Infantil, jalones necesarios en la diferenciación entre un desarrollo, consecuente con un patrón evolutivo general, característico de ‘no pacientes’, y la desviación o alteración significativa de esta pauta evolutiva.

La Psicología Evolutiva constituye, en todo estudio psicológico, un puntal básico del desarrollo considerado normal y así lo han concebido autores de la categoría de Piaget, Wallon, Gesell, Binet, Freud, Klein, Brunet y Lèzine, Wechsler, etc, al plantear un diagnóstico mediante fases, posiciones, estadios, escalas de desarrollo o escalas de inteligencia.

La psicopatología es otro jalón necesario en Psicodiagnóstico. La observación de signos y síntomas permite establecer criterios y categorías de clasificación que, organizados en ejes, facilitan la decisión de pertenencia a una u otra categoría diagnóstica que requiere, a su vez, del ‘juicio clínico’ del psicólogo o terapeuta.

Seguir gradualmente los pasos del proceso diagnóstico significa clarificar la información, aportada en la demanda inicial, plantear hipótesis susceptibles de ser contrastadas hasta concluir, con la indicación y evaluación de tratamiento o seguimiento, la última fase del proceso en el contexto de una metodología científica.

Desde la perspectiva de la Psicología Clínica, las hipótesis se verifican mediante entrevistas, observaciones, tests y técnicas, siendo la entrevista uno de los procedimientos imprescindibles en todo proceso diagnóstico infantil. Gracias a ella, se podrán entrever y constatar los indicadores psicopatológicos, si los hubiere, conocer la fase evolutiva o posición en la que se sitúa el sujeto; incluso tomar posteriormente las decisiones oportunas con objeto de indicar el tratamiento pertinente a la demanda efectuada.

La entrevista, a la que dedicamos un capítulo, puede considerarse en palabras de Fernández Ballesteros, una de las mejores pruebas que poseemos en Psicodiagnóstico que permite recabar la información esencial y necesaria para tomar posteriormente las decisiones oportunas. La anamnesis, introducida en la fase media de la entrevista, permite completar la información recopilada, gracias a una actitud semidirectiva del entrevistador.

Junto a la entrevista y anamnesis, observación clínica y sesión de juego, pueden situarse otras pruebas de sobrada fiabilidad y validez: observación sistematizada, WISC-IV, NEPSY, Rorschach (Sistema Comprehensivo), etc.

A lo anteriormente expuesto, habría que añadir la influencia del modelo teórico del evaluador-investigador que puede marcar, tanto el procedimiento como las técnicas que se vayan a utilizar, y las intervenciones que se deriven de las conclusiones diagnósticas efectuadas. Aunque creemos que lo más significativo es saber entender la demanda inicial, captar el grado de sufrimiento del paciente, recopilar cuidadosamente los datos mediante el procedimiento pertinente para que, una vez examinados los resultados, se pueda orientar o indicar el tratamiento que mejor permita desarrollar los recursos que posee.

# ÍNDICE

<i>Presentación</i> .....	7
<i>Introducción</i> .....	9
<i>Índice</i> .....	11
<b>CAPITULO I. CONCEPTO DE PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO INFANTIL</b> .....	19
1. INTRODUCCIÓN .....	19
2. DEFINICIÓN DE PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO INFANTIL .....	20
2.1. Comprensión del Psicodiagnóstico como estudio científico.....	20
2.2. Funcionamiento bio-psico-social del niño o adolescente.....	21
2.3. Función del ambiente en Psicodiagnóstico Infantil.....	21
2.4. Relación entre diagnóstico y tratamiento.....	23
Resumen .....	23
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	24
<b>CAPÍTULO II. CARACTERÍSTICAS DEL PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO INFANTIL</b> .....	27
1. INTRODUCCIÓN .....	27
2. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL SUJETO EVALUADO .....	27
2.1. Peculiaridad de preautonomía en las primeras etapas del desarrollo.....	28
2.2. Variabilidad en función de la etapa evolutiva que atraviesa el niño .....	28
2.3. Especificidad del comportamiento con independencia del medio. Base temperamental infantil .....	29
3. PAPEL E INFLUENCIA DEL CONTEXTO EN EL DESARROLLO .....	32
4. ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS Y LA SITUACIÓN DE CONSULTA .....	32
Resumen .....	34
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	35
<b>CAPÍTULO III. PERSPECTIVAS DE EVALUACIÓN EN PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO INFANTIL: LA PERSPECTIVA EVOLUTIVA</b> .....	39
1. INTRODUCCIÓN: EL DESARROLLO COMO ESQUEMA DE REFERENCIA.....	39
2. EL DIAGNÓSTICO EVOLUTIVO: FASES DEL DESARROLLO DE LA LIBIDO ..	39
2.1. Fase oral.....	40
2.2. Fase anal.....	40
2.3. Fase fálica.....	40
2.4. Fase edípica.....	41
2.5. Fase de latencia.....	41
2.6. Fase genital .....	41
3. ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD.....	42
3.1. El Ello .....	42
3.2. El Yo .....	42
3.3. El Super-Yo.....	43

<b>4. EL DIAGNÓSTICO EVOLUTIVO: TEORÍA DE LAS POSICIONES</b> .....	43
4.1. La posición esquizo-paranoide.....	43
4.2. La posición depresiva.....	44
4.3. Posición intermedia o de transición.....	45
<b>5. EL DIAGNÓSTICO EVOLUTIVO: LÍNEAS DE DESARROLLO</b> .....	47
5.1. Diferencias conceptuales entre M. Klein y A. Freud.....	48
<b>6. APORTACIONES DE A. GESELL AL PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL</b> .....	49
<b>7. APORTACIONES DE J. PIAGET AL DIAGNÓSTICO INFANTIL</b> .....	50
<b>8. APORTACIONES DE L.S. VIGOTSKI</b> .....	52
Resumen.....	52
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	53
<b>CAPÍTULO IV. LA PERSPECTIVA PSICOPATOLÓGICA</b> .....	55
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	55
<b>2. APORTACIONES DE TEORÍAS Y AUTORES A LA PERSPECTIVA PSICOPATOLÓGICA</b> .....	55
2.1. Psiquiatría centroeuropea.....	55
2.2. Aportaciones de la teoría psicoanalítica.....	56
2.3. Contribuciones de la psiquiatría norteamericana.....	56
<b>3. RELACIONES Y DIFERENCIAS ENTRE NORMALIDAD Y PATOLOGÍA EN LA INFANCIA</b> .....	56
3.1. Definiciones de normalidad.....	57
3.2. Motivo de las consultas en las primeras etapas.....	58
<b>4. LAS TAXONOMÍAS DISEÑADAS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS INFANTILES</b> .....	58
4.1. Los Sistemas DSM.....	59
4.1.1. El DSM-I.....	59
4.1.2. El DSM-II.....	60
4.1.3. EL DSM-III.....	60
4.1.4. EL DSM-III-R.....	62
4.1.5. EL DSM-IV.....	62
4.1.6. El DSM-IV-TR.....	63
4.1.7. Críticas a los sistemas DSM.....	66
4.2. La Clasificación Internacional de enfermedades de la O.M.S. (CIE -10).....	67
4.3. La Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA).....	70
4.4. Principales críticas efectuadas a los sistemas de clasificación (DSM; CIE, CFTMEA).....	73
4.5. Otros sistemas de clasificación aplicados a la infancia.....	74
Resumen.....	75
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	76
<b>CAPITULO V. EL PROCESO DIAGNÓSTICO APLICADO A LA INFANCIA</b> .....	81
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	81
<b>2. EL PROCESO DIAGNÓSTICO Y SUS FASES</b> .....	81
2.1. Propuesta de Maloney y Ward.....	82
2.2. Propuesta de Sundberg.....	82
2.3. Perspectiva de Wetsmeyer.....	82
2.4. Reelaboración y nuevos planteamientos de Fernández Ballesteros.....	83
2.5. Perspectiva de Siquier de Ocampo y García Arzeno.....	84
<b>3. METODOLOGÍA DEL PROCESO</b> .....	84
3.1. El Proceso Psicodiagnóstico Infantil.....	84

<b>4. APLICACIÓN Y FASES</b> .....	85
<b>4.1. Observación, decisión preliminar, compromiso mutuo y recopilación de la información pertinente al caso</b> .....	86
4.1.1. <i>Petición de consulta y su clarificación</i> .....	86
4.1.1.1. <i>Análisis de la demanda</i> .....	86
4.1.1.2. <i>Conocimiento de la ansiedad del entrevistado</i> .....	87
4.1.1.3. <i>Establecimiento de un compromiso mutuo y protocolo de confidencialidad</i> .....	87
4.1.2. <i>Recopilación de la información a quienes han efectuado la demanda</i> .....	87
4.1.3. <i>Resumen de la información obtenida y preparación de la siguiente fase del proceso</i> .....	87
4.1.4. <i>Setting: rol, lugar, horario, honorarios</i> .....	88
<b>4.2. Formulación o planteamiento de hipótesis verificables</b> .....	89
<b>4.3. Verificación de las hipótesis mediante nuevas entrevistas, tests o técnicas</b> .....	89
<b>4.4. Análisis, contraste y formulación diagnóstica. Informe y transmisión de resultados</b> .....	90
<b>4.5. Tratamiento: su evaluación y seguimiento</b> .....	90
Resumen .....	90
BIBLIOGRAFÍA .....	92
<b>CAPÍTULO VI. PRUEBAS Y ESTRATEGIAS BÁSICAS UTILIZADAS EN LA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL. LA ENTREVISTA Y LA SESIÓN DE JUEGO</b> .....	97
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	97
<b>2. LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA</b> .....	97
<b>3. ORÍGENES, CONCEPTO Y PRINCIPALES APORTACIONES</b> .....	98
<b>4. CLASES DE ENTREVISTA</b> .....	101
4.1. <b>Clasificación de las entrevistas según los objetivos</b> .....	101
4.2. <b>Clasificación de las entrevistas según el grado de estructuración</b> .....	102
4.3. <b>Clasificación de las entrevistas según el grado de intervención del examinador</b> .....	103
4.4. <b>Ventajas y limitaciones de cada tipo de entrevista</b> .....	103
4.5. <b>Fases de la entrevista</b> .....	105
4.5.1. <i>Fase de preparación</i> .....	106
4.5.2. <i>Fase inicial</i> .....	106
4.5.3. <i>Fase media o cuerpo de la entrevista</i> .....	107
4.5.4. <i>Fase Final</i> .....	107
4.6. <b>Aspectos cualitativos vinculados al desarrollo de la entrevista: ansiedad, culpa, transferencia, contratransferencia</b> .....	108
<b>5. LA ENTREVISTA INICIAL CON LOS PADRES. LA ENTREVISTA CON EL NIÑO</b> .....	109
<b>6. CARACTERÍSTICAS DE LA ENTREVISTA INICIAL</b> .....	109
<b>7. LA ENTREVISTA CON EL NIÑO</b> .....	110
7.1. <b>Objetivos y características de la entrevista infantil</b> .....	111
7.2. <b>Tipos de entrevistas</b> .....	112
7.3. <b>Setting y desarrollo de la entrevista</b> .....	112
7.4. <b>Observación y registro</b> .....	112
7.5. <b>Aplicación de la entrevista infantil</b> .....	113
7.5.1. <i>Inicio y desarrollo de la entrevista</i> .....	114
7.5.2. <i>Aspectos cualitativos vinculados a la situación de entrevista</i> .....	114
7.5.3. <i>Fiabilidad y validez</i> .....	115

<b>8. LA SESIÓN DE JUEGO</b> .....	116
<b>8.1. Diferencias entre Anna Freud y M. Klein sobre el análisis del juego</b> .....	117
<b>8.2. La sesión de juego como herramienta diagnóstica y terapéutica</b> .....	118
8.2.1. <i>La sesión de juego diagnóstica: preparación y encuadre</i> .....	119
8.2.1.1. <i>Encuadre</i> .....	119
8.2.1.2. <i>Material</i> .....	119
8.2.1.3. <i>Tipo y calidad de juego: sano versus patológico</i> .....	121
<b>Síntesis</b> .....	121
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	124
<b>CAPÍTULO VII. LA ANAMNESIS</b> .....	127
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	127
<b>2. HISTORIA CLÍNICA Y ANAMNESIS</b> .....	127
<b>3. APLICACIÓN DE LA ANAMNESIS</b> .....	129
<b>A. EMBARAZO</b> .....	130
1. Preguntas dirigidas a los padres respecto al embarazo .....	130
2. Sucesos que pueden considerarse fundamentales para el desarrollo del niño .....	130
<b>B. PARTO</b> .....	131
1. Preguntas dirigidas a los padres respecto al parto.....	131
2. Situaciones de riesgo .....	132
<b>C. DATOS NEONATALES</b> .....	133
<b>D. EVOLUCIÓN DEL PRIMER DESARROLLO</b> .....	134
<b>1. LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN. DESARROLLO, PRINCIPALES ALTERACIONES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO</b> .....	134
1.1. Preguntas dirigidas a los padres respecto a la alimentación.....	135
1.2. Alteraciones en el amamantamiento y alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad .....	135
1.2.1. <i>Anorexia nerviosa</i> .....	136
1.2.2. <i>Bulimia</i> .....	137
1.2.3. <i>Obesidad</i> .....	138
1.2.4. <i>Otros trastornos relacionados con la alimentación</i> .....	139
1.2.5. <i>Trastornos somatoformes: vómitos, cólicos</i> .....	140
1.3. Diagnóstico.....	140
1.4. Tratamiento psicológico.....	141
<b>2. DESARROLLO DEL SUEÑO. PERTURBACIONES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO</b> .....	141
2.1. Evolución del sueño .....	141
2.2. Preguntas dirigidas a los padres respecto a la evolución del sueño.....	141
2.3. Perturbaciones o alteraciones registradas en el transcurso del sueño.....	143
2.3.1. <i>Insomnio</i> .....	143
2.3.2. <i>Miedos</i> .....	143
2.3.3. <i>Rituales</i> .....	144
2.4. Conductas patológicas durante el sueño.....	145
2.4.1. <i>Sueño de angustia</i> .....	145
2.4.2. <i>Pesadilla</i> .....	145
2.4.3. <i>Terror nocturno</i> .....	145
2.4.4. <i>Sonambulismo</i> .....	146
2.4.5. <i>Ritmias del sueño. Automatismos motores</i> .....	147
2.4.6. <i>Patología específica (Apneas en el curso del sueño e hipersomnia)</i> .....	147
2.5. Diagnóstico (insomnio, sueño de angustia, terror nocturno).....	147
2.6. Tratamiento psicológico .....	148

<b>3. EVOLUCIÓN, PERTURBACIONES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS MOTORAS.....</b>	<b>148</b>
3.1. Inicio y evolución de las conductas motoras.....	148
3.2. Preguntas dirigidas a los padres respecto a la evolución motriz .....	149
3.3. Perturbaciones y patología de las conductas motoras .....	149
3.3.1. <i>Trastornos de la lateralidad</i> .....	150
3.3.2. <i>Trastornos de la organización motriz</i> .....	150
3.3.3. <i>Dispraxias</i> .....	151
3.3.4. <i>Inestabilidad psicomotriz: hipercinesia</i> .....	151
3.3.5. <i>Los tics</i> .....	151
3.3.6. <i>Trastorno de Gilles de la Tourette</i> .....	152
3.3.7. <i>Tricotilomanía</i> .....	152
3.3.8. <i>Onicofagia</i> .....	152
3.3.9. <i>Temblor</i> .....	152
3.3.10. <i>Déficits en la escritura. Disgrafía</i> .....	153
3.3.11. <i>Calambre</i> .....	153
3.3.12. <i>Zurdera</i> .....	153
3.4. Diagnóstico.....	153
3.4.1. <i>Evaluación de la lateralidad</i> .....	154
3.4.2. <i>Evaluación del desarrollo psicomotriz y la motricidad mediante escalas y pruebas específicas</i> .....	154
3.5. Tratamiento .....	154
<b>4. DESARROLLO Y ETAPAS DEL LENGUAJE. PSICOPATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....</b>	<b>155</b>
4.1. Desarrollo y etapas del lenguaje.....	155
4.2. Preguntas dirigidas a los padres respecto al lenguaje.....	156
4.3. Psicopatología del lenguaje. Clasificación de Ingram, Aguilar, Marcelli y Ajuriaguerra .....	156
4.4. Diagnóstico de los trastornos del lenguaje hablado y escrito.....	160
4.4.1. <i>Procedimientos no estandarizados del lenguaje hablado</i> .....	160
4.4.2. <i>Procedimientos estandarizados para la evaluación del lenguaje hablado, escrito, adquisición de la lecto-escritura y examen de la audición</i> .....	160
4.5. Tratamiento psicológico .....	162
<b>5. DESARROLLO, ALTERACIONES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CONTROL DE ESFÍNTERES .....</b>	<b>163</b>
5.1. Inicio y desarrollo del control de esfínteres .....	164
5.2. Preguntas dirigidas a los padres respecto al control de esfínteres.....	164
5.3. Alteraciones en el control de esfínteres.....	165
5.3.1. <i>La enuresis</i> .....	165
5.3.1.1. <i>Clasificación de las enuresis</i> .....	165
5.3.1.2. <i>Características que pueden influir en un control vesical inadecuado</i> .....	166
5.3.1.3. <i>Factores biológicos y psicosociales implicados</i> .....	166
5.3.2. <i>La encopresis</i> .....	167
5.3.2.1. <i>Clasificación de las encopresis</i> .....	167
5.3.2.2. <i>Factores etiológicos</i> .....	168
5.4. Diagnóstico de la enuresis y encopresis .....	168
5.5. Tratamiento .....	169
<b>6. RELACIONES INTERPERSONALES .....</b>	<b>169</b>
6.1. Inicio y desarrollo de la socialización .....	169

6.2. Preguntas dirigidas a los padres respecto a la adquisición de la autonomía y adaptación social .....	171
6.3. Evaluación del desarrollo social.....	171
6.4. Tratamiento .....	171
<b>7. SEXUALIDAD.....</b>	<b>171</b>
7.1. Preguntas dirigidas a los padres respecto a la sexualidad .....	172
7.2. Diagnóstico.....	172
7.3. Tratamiento .....	172
<b>8. PSICOPATOLOGÍA RELEVANTE O ENMASCARADA EN EL SUJETO Y/O SU FAMILIA.....</b>	<b>173</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>173</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>174</b>
<b>CAPÍTULO VIII. EL INFORME PSICOLÓGICO, LA TRANSMISIÓN DE RESULTADOS, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO .....</b>	<b>177</b>
<b>1. EL INFORME PSICOLÓGICO: INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.....</b>	<b>177</b>
<b>2. CARACTERÍSTICAS DEL INFORME.....</b>	<b>178</b>
<b>3. ESTILOS Y APARTADOS QUE DEBE CONTENER UN INFORME .....</b>	<b>179</b>
3.1. Estructura de informe según la propuesta de Maloney y Ward .....	179
3.2. Organización y estructura de informe propuesta por Ávila .....	180
3.3. Planteamiento de Sattler.....	181
3.4. Propuesta de Fernández Ballesteros.....	181
3.5. Apartados del informe.....	182
<b>4. INFORME Y ÉTICA.....</b>	<b>183</b>
<b>5. LA TRANSMISIÓN DE RESULTADOS EN EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL .....</b>	<b>184</b>
5.1. Introducción y objetivos.....	184
5.2. Características de la entrevista de transmisión de resultados.....	185
5.3. Aspectos cualitativos observados en el transcurso de la entrevista.....	186
<b>6. TRATAMIENTO: PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN... ..</b>	<b>186</b>
6.1. Concepto y características.....	186
6.2. Tipos de tratamiento.....	189
6.3. Evaluación del tratamiento, análisis de los cambios .....	191
6.4. Seguimiento, acompañamiento final .....	192
<b>Resumen .....</b>	<b>193</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>193</b>
<b>CAPÍTULO IX. CLASIFICACIÓN DE LOS TESTS .....</b>	<b>197</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>197</b>
<b>2. TEORÍAS Y PARADIGMAS EN PSICOLOGÍA.....</b>	<b>197</b>
2.1. Modelo Psicoanalítico.....	197
2.2. Modelo de Rasgos.....	199
2.2.1. Aportaciones de R.B. Cattell.....	200
2.2.2. Aportaciones de H.J. Eysenck .....	202
2.3. El Modelo Médico de enfermedad.....	203
2.3.1. Los pioneros: Kraepelin, Bleuler, Meyer, Jaspers.....	203
2.4. Modelo Conductual.....	204
2.4.1. Enfoque conductual radical .....	204
2.4.2. Enfoque conductual mediocional.....	205

---

2.4.3. <i>Perspectiva interactiva</i> .....	206
2.4.4. <i>Enfoque conductual cognitivo</i> .....	206
2.5. La Psicología cognitiva .....	207
<b>3. CLASIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS</b> .....	209
3.1. Técnicas subjetivas.....	209
3.2. Tests proyectivos.....	210
3.2.1. <i>Pruebas estructurales: el test de psicodiagnóstico de H. Rorschach</i> .....	210
3.2.2. <i>Tests proyectivos temáticos</i> .....	211
3.2.3. <i>Pruebas expresivas: los tests proyectivos gráficos</i> .....	211
3.2.4. <i>Pruebas constructivas</i> .....	212
3.2.5. <i>Pruebas asociativas: la prueba de ‘Asociación de palabras’ de C.G. Jung</i> .....	212
3.3. Tests psicométricos .....	212
3.3.1. <i>Clasificación de las pruebas de A. Binet</i> .....	213
3.3.2. <i>Escalas de D. Wechsler</i> .....	214
3.3.3. <i>El MMPI-2</i> .....	218
3.3.4. <i>Escalas de desarrollo intelectual</i> .....	219
3.3.5. <i>Escalas de inteligencia práctica o de ejecución</i> .....	219
3.4. Tests Objetivos.....	220
<b>Resumen</b> .....	220
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	222

# CAPITULO I. CONCEPTO DE PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO INFANTIL

## 1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se revisan el concepto de Psicodiagnóstico Clínico Infantil, la influencia de las principales corrientes psicológicas que han avalado dicho concepto, su cientificidad, así como el papel e impacto del ambiente en el desarrollo del niño. Sin embargo, uno de nuestros principales objetivos en la primera parte de esta obra, consiste en transmitir la relación existente entre diagnóstico y tratamiento psicológicos, conceptos que actualmente pueden considerarse relacionados ya que no se concibe un diagnóstico, siempre y cuando la demanda lo requiera, que no pueda generar un tratamiento o seguimiento.

Como es sabido, se interviene a partir del momento en que se inicia un proceso de evaluación psicológica, y en la fase final del diagnóstico efectuado, al indicar al paciente la conveniencia o necesidad de un tratamiento. También se evalúa e interviene en cada sesión terapéutica, y entre el inicio y finalización del tratamiento.

Esta vinculación, indiscutible hoy en día entre diagnóstico y tratamiento que posteriormente merecerá un capítulo aparte, el proceso, no siempre se ha concebido de la misma forma, ya que hasta hace pocos años, constituían procedimientos independientes, en especial cuando los roles y la formación de los especialistas eran diferentes, siendo uno el profesional que evaluaba, y otro distinto el que ejercía de terapeuta.

Si a la relación diagnóstico-tratamiento, como par inseparable del proceso de evaluación psicológica, añadimos la actitud investigadora, tanto en el proceso diagnóstico como en la intervención psicológica, habremos entrado en el terreno de la Psicología Clínica.

Son Bernstein y Nietzel (1980); Korchin (1976) y Tuna (1985), entre muchos otros psicólogos, quienes nos aproximan al concepto de Psicología Clínica, vinculándola a las corrientes psicológicas ya existentes. Anteriormente, ya se habían iniciado en este estudio Watson (1951), Schraml (1970) y numerosos investigadores pertenecientes a distintas orientaciones teóricas.

Bernstein y Nietzel, en 1980, se refieren a las funciones que suelen ejercer los psicólogos clínicos y constatan que:

‘Es la combinación de investigación, evaluación e intervención, necesaria para entender en términos psicológicos la conducta humana y los conflictos internos, respetando a la persona en su individualidad e intentando ayudarla en sus necesidades dentro de una sola disciplina, lo que da la forma y esencia de la Psicología Clínica’ (En D. Bernstein y M.T Nietzel, 1980, 1982, p.7. y en A. Ávila, 1992, p. 51).

A su vez, Korchin postula que:

‘Los clínicos están implicados en la comprensión y ayuda a los individuos en el malestar psicológico. (...) Intervienen en las vidas humanas individuales, respetando su complejidad y unicidad (...). Su aproximación es necesariamente personalológica considerando las variables psicológicas y de personalidad en su convergencia en las personas individuales’ (1976, p. 23).

Hace pocos años (2002), el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte emitía los primeros títulos de ‘Especialista en Psicología Clínica’; sin embargo, poco se dice de la especialidad en Psicología Clínica Infantil, que se iniciaba muchos años atrás con el diagnóstico, tratamiento e investigación de niños y adolescentes jóvenes por numerosos profesionales psiquiatras, psicólogos

clínicos y psicoanalistas (L. Witmer; A. Freud, M. Klein; A. Aberasturi; T. Alcock, M. Loosli-Usteri), entre muchos otros.

La Psicología Clínica Infantil surge y evoluciona gracias al concurso de disciplinas que podrían considerarse pilares, en especial la Psicología Evolutiva, sin la cual no habría referente al valorar el crecimiento de un niño problemático comparado con el de su grupo normativo -no pacientes de su misma edad-.

Otras disciplinas, coincidentes en importancia, son la Psicopatología Infantil que constituye un indicador de las deficiencias, anomalías o patologías observadas en el transcurso del desarrollo, la Psicología de la Personalidad, el Psicodiagnóstico y la Psicología del Aprendizaje.

Una de las revisiones más interesantes sobre Psicología Clínica Infantil es la realizada por J.M. Tuna (1985) en A. Ávila (1992), p. 53:

‘La Psicología Clínica Infantil se ocupa de la comprensión y mejora del funcionamiento del ser humano en el período de desarrollo. En su función científica se ocupa de los niños en general y, en la clínica, del niño en particular’. Más adelante continúa: ‘El psicólogo clínico infantil usa sus mejores conocimientos para mejorar los malestares individuales, pero también se esfuerza en la investigación para depurar sus técnicas y mejorar su intervención en el futuro’ (1985, p.1).

## 2. DEFINICIÓN DE PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO INFANTIL

Diagnosticar no sólo es plantear hipótesis y verificarlas, sino que puede considerarse el punto de partida de decisiones de intervención responsables y compartidas que pueden mejorar, incluso cambiar cuando el tratamiento funciona, aspectos esenciales de la vida y entorno del entrevistado.

### 2.1. Comprensión del Psicodiagnóstico como estudio científico

En este contexto, el Psicodiagnóstico Infantil puede considerarse como:

‘El estudio científico del funcionamiento bio-psico-social del niño en interacción con el medio al que pertenece con objeto de determinar para el sujeto y su familia, la orientación o el tratamiento más apto a las necesidades planteadas y a la personalidad del sujeto evaluado’.

Vamos a comentar brevemente los principales aspectos que se subrayan en esta definición:

Si nos centramos en la comprensión de ‘*Psicodiagnóstico como estudio científico*’, observamos que en la mayoría de las definiciones existentes sobre dicho término (Cronbach y Glesser, 1965; Maloney y Ward, 1976; Pelechano, 1976, 1988; Fernández Ballesteros, 1980-2005; Silva, 1985, 1999; Ávila, 1986, 1992, 1996, 2004; Forns, 1993, 2004 y tantos otros autores), se considera el Psicodiagnóstico como una disciplina o subdisciplina de carácter científico que forma parte de la Psicología y que tiene por objeto el estudio del comportamiento humano.

Sin embargo, para que el Psicodiagnóstico<sup>1</sup> sea considerado estudio científico necesita paralelamente de la solidez de una teoría y un método de análisis. Son varias las teorías con las que se ha interpretado el concepto de psicodiagnóstico: la teoría psicoanalítica, el modelo de rasgos, el modelo médico y el modelo conductual con sus respectivas derivaciones.

<sup>1</sup> En este contexto, Psicodiagnóstico y Evaluación son considerados como sinónimos. Fernández Ballesteros (1980, 2004) considera que el psicodiagnóstico hace referencia a la evaluación del comportamiento, tanto normal como anormal (pág.13). Pelechano (1988) señala cómo junto al término psicodiagnóstico surgen otros de diferente significado y con los que incluso se le ha confundido (evaluación, evaluación psicológica, mental testing) (pág. 35).

El método utilizado en la aplicación de un psicodiagnóstico es el método científico en su doble vertiente -analítico-inductiva e hipotético-deductiva-. Si bien es cierto que en diferentes momentos históricos, el Psicodiagnóstico se ha basado de forma prioritaria, unas veces en la inducción y otras, en la deducción, desde una concepción más actual, inducción y deducción forman parte del análisis de la estructura psíquica y del comportamiento humano.

Creemos que uno de los objetivos prioritarios del psicodiagnóstico, desde la perspectiva de la Psicología Dinámica, es el estudio del mundo interno, con su estructura psíquica, fantasías inconscientes, mecanismos de defensa, además de la oportuna atención dispensada al comportamiento del sujeto en desarrollo, el tipo de vínculo establecido inicialmente con sus padres y la capacidad de mantenerlo y ampliarlo a sus iguales.

El método científico que se aplica garantiza las características de fiabilidad y validez que rigen el proceso diagnóstico en su formulación de hipótesis, diseño y verificación.

## 2.2. Funcionamiento bio-psico-social del niño o adolescente

Este '*estudio científico*' versa sobre el '*funcionamiento psico-afectivo y bio-social del niño y adolescente joven*'. El análisis se realiza, bien sobre el funcionamiento de la estructura psíquica -instancias psíquicas: Ello, Yo, Super-Yo-; bien sobre los rasgos y síntomas -modelo dinámico y derivados; modelo de rasgos; modelo médico-, bien sobre el comportamiento humano y el procesamiento de la información -modelos conductual y cognitivo, respectivamente-.

El funcionamiento *bio-psico-social* comprende aspectos procedentes de una base biológica y numerosos aspectos psicológicos y emocionales derivados de la construcción gradual de una estructura interna y personal, considerada desde unas coordenadas espacio-temporales y relacionales (Ballús, 1984).

Según este planteamiento, el estudio científico del funcionamiento *bio-psico-social* englobaría, según Fernández Ballesteros, los tres tipos clásicos de variables que permiten el estudio de la personalidad humana:

- Las conductas motoras, relacionadas con la manifestación más externa del comportamiento.
- Las conductas fisiológicas que comprenden las actividades del SNC y autónomo -EEG, tasa cardíaca, tensión muscular, reacciones neuroendocrinas-.
- Las respuestas cognitivas, referidas a construcciones, estructuras, procesos, funciones, imágenes y contenidos del pensamiento.

Estas tres categorías de variables no pueden considerarse independientes unas de otras, sino que se hallan interrelacionadas, de modo que la conducta motora está vinculada a la estructura biológica y psicológica del organismo, contribuyendo a determinar un tipo de comportamiento.

El análisis psicoemocional nos permitirá adentrarnos en el estudio de la estructura interna que se desarrollará en el Cap. III, de la mano de autores de la talla de S. Freud, M. Klein, A. Freud, A. Gesell, J. Piaget y algunas de las críticas que del cognitivismo efectúa Vigotsky.

## 2.3. Función del ambiente en Psicodiagnóstico Infantil

El estudio científico del funcionamiento bio-psico-social se desarrolla en '*interacción con el medio al que el sujeto -niño o adolescente- pertenece*'.

El hombre vive en un contexto con el que mantiene, salvo excepciones, un diálogo permanente y adaptado. A lo largo de la historia de la Psicología, este diálogo sujeto-entorno ha sido interpretado de muy diversa forma. En las posiciones interactivas actuales, el entorno adquiere un papel relativamente semejante al otorgado al sujeto, especialmente en Psicodiagnóstico clínico infantil, en el que el niño o adolescente joven depende de un ambiente, tantas veces determinante.

La revisión de los cambios de significado otorgados al medio<sup>2</sup> permite apreciar que en una primera época, se consideró que el ambiente no ejercía una influencia directa e inmediata sobre el comportamiento del sujeto y que éste actuaba de manera estable a través del tiempo; la consistencia de la conducta precedía y era preferente a la condición específica del ambiente, y la conducta se explicaba en función de variables internas -fantasías inconscientes, rasgos o atributos-, según la fórmula  $[C = f(P)]$  (Fernández Ballesteros, 1987, 2005). Del Modelo psicoanalítico se desprenden otros modelos, no valorados del mismo modo por sus contemporáneos, y que han dado lugar a diferentes técnicas de tratamiento psicológico.

Esta formulación teórica, propia de posiciones denominadas intrapsíquicas -modelo psicoanalítico, modelo de rasgos, modelo médico-, coexistió con el paradigma conductista que en su versión más radical, mantiene que la conducta depende del ambiente, es una función del ambiente  $[C = f(S)]$ <sup>3</sup>.

El situacionismo o la defensa de la especificidad del comportamiento en función del ambiente fue causa de que la explicación de la conducta basada en variables internas al sujeto, fuera infravalorada.

Este reduccionismo, tanto de modelos intrapsíquicos como conductistas, ha sido parcialmente superado gracias a una serie de investigaciones sobre temas fundamentales:

- La cientificidad, necesaria a la Psicología (Mischel, 1968).
- La polémica rasgo-estado (Pelechano, 1973; Kendal, 1978; Allen y Porkay, 1981, Fernández Ballesteros, 2004).
- La especificidad-consistencia de la conducta (Bowers, 1973; Mischel, 1974-1979; De Soto y Solano, 1977; Fernández Ballesteros, 2005; Forns, 1993, 2004).

Estas disquisiciones, todavía vigentes, favorecieron la instauración de un modelo interactivo en el que la conducta es función de variables de la persona en interacción con las variables de la situación  $[C = f(P \times A)]$ .

El interaccionismo actuó como una evidencia en contra de que el comportamiento debía de ser explicado exclusivamente desde la única posición de rasgos o desde la única posición situacionista (Hampson, 1982; Forns, 1986). Sin embargo, aunque esta perspectiva haya matizado las posturas antagónicas, no ha precisado, según Forns, ni la variable persona ni la incidencia de la situación en la conducta, dedicándose una parte de la investigación actual a redefinir ambos conceptos.

Bandura (1977), conductista de tercera generación y cognitivista, había planteado que el funcionamiento psicológico procede de la interacción continua entre la conducta y las variables personales y ambientales, planteando la existencia de una interacción recíproca entre ambiente, conducta y procesos cognitivos, hasta el punto de considerar que la influencia del medio sobre el sujeto depende básicamente de sus procesos cognitivos.

El modelo propuesto por Bandura ha ido evolucionando hacia un cognitivismo y en 1980 es Mahoney quien señala que 'la conducta es una función del ambiente percibido'.

Staats (1980-1981) formalizó un diseño en el que se acepta la doble causalidad del comportamiento en un único entramado conductual. Una fuente de causalidad del comportamiento estaría vinculada a los repertorios básicos de conducta -los denominados RBC- que equivaldrían al 'conjunto' constituido por la historia de los aprendizajes realizados por un sujeto a lo largo de su historia personal. Dichos repertorios se estructuran y organizan de forma jerárquico-acumulada y son modificables en sí mismos.

Otra fuente de causalidad del comportamiento se vincula a la situación del sujeto en un momento determinado. De este modo, y parafraseando a Staats, cualquier conducta debe ser explicada

<sup>2</sup> Este análisis se ha desarrollado a partir de las aportaciones de Fernández Ballesteros (El ambiente, 1997, 2005) y otros autores (Jiménez Burillo, 1981, 1986; Moss, 1989).

<sup>3</sup> Recordemos las diferentes generaciones y modelos o posiciones conductistas (conductual radical, mediacional, interaccionista, conductual cognitivo).

conjuntamente, tanto por variables de matiz interno-aprendido -los repertorios- como por las condiciones específicas de la situación particular vivida. Ambas líneas de causalidad pueden estar mediatizadas por las variables del organismo. En este esquema, los repertorios básicos de conducta se han equiparado a la 'Personalidad' y a las variables de orden intrapsíquico.

La psicología cognitiva dará nuevo impulso al estudio de las variables internas, concretamente a los procesos superiores, revalorizando con ello todos aquellos instrumentos de evaluación que permiten investigar los procesos de pensamiento, imágenes, contenidos, expresiones lingüísticas, etc.

En la infancia, tanto los procesos internos, que configuran la personalidad del niño -conocimientos adquiridos, hábitos de conducta, estructura interna, etc.-, como las variables ambientales -físicas, organizativas, socio-demográficas, psico-sociales, comportamentales y biológicas- van a tener su importancia en la evaluación de la interacción entre sujeto y ambiente; incluso el espacio vital va a ser considerado, al reflejar el nivel de conceptualización y experiencia del individuo.

En la actualidad, no se concibe un diagnóstico que no contemple junto al estudio de la estructura psicológica, las vertientes neurológica y ambiental.

#### 2.4. Relación entre diagnóstico y tratamiento

En la definición de Psicodiagnóstico Infantil, formulada anteriormente, el estudio científico del funcionamiento bio-psico-social del niño que se desarrolla en interacción con el medio al que éste pertenece, tiene como objetivo prioritario *determinar para el sujeto y su familia, la orientación o el tratamiento más adecuado a las necesidades planteadas y a la personalidad del sujeto evaluado.*

Dicho objetivo está orientado a restaurar, siempre que sea factible, el equilibrio perdido y reintegrar al sujeto a una posición psicológica de mayor equilibrio. Es decir, que el estudio científico se realiza en beneficio del sujeto y su familia con la finalidad de identificar los aspectos de orden intrapsíquico y los de orden relacional que favorecen la instauración de actitudes y comportamientos que han resultado ineficaces para el sujeto y su entorno.

La finalidad última de este proceso consistirá en restablecer o instaurar actitudes y pautas de desarrollo que en su momento fueron adquiridas de forma inapropiada. Dicha instauración se efectuará a través de una reestructuración intrapsíquica sin dejar de atender el entorno del sujeto, de tal modo que todos estos aspectos, relativos a la capacidad de pensar, las pautas de desarrollo y la forma de incidir sobre el niño o adolescente, puedan favorecer su evolución y adaptación a la realidad.

En el tratamiento psicológico infantil conviene efectuar dos consideraciones:

- La primera consiste en plantearse si la intervención -sea tratamiento o seguimiento- debe hacerse extensiva al grupo familiar.
- La segunda estriba en poder diferenciar cuándo se trata de cambios debidos a la evolución, o a movimientos y cambios psicológicos vinculados a los efectos del tratamiento.

De hecho, en gran número de ocasiones, son los padres quienes solicitan ayuda, especialmente en el caso de niños autistas, psicóticos (hoy hablaríamos de niños con trastornos generalizados del desarrollo), con trastornos de carácter y adolescentes con adicción a sustancias; mientras que, en otras, es el terapeuta quien sugiere la conveniencia de una doble y paralela intervención que contemple, junto al tratamiento individual, el seguimiento o tratamiento de los padres.

## Resumen

La revisión del concepto Psicodiagnóstico Clínico Infantil pone de relieve la idea de psicodiagnóstico como estudio científico del funcionamiento bio-psico-social del niño -se aplica el método científico al proceso de evaluación psicológica, vinculándolo a una teoría-.

El estudio de la evolución de un sujeto humano se relaciona con el medio en el que éste se desarrolla. Actualmente, el estudio del medio no sólo condiciona el crecimiento del niño, sino que su análisis está cobrando cada vez mayor vigencia (Psicología Social, Jurídica, Hospitalaria).

El psicodiagnóstico, desde la perspectiva del ambiente, ha seguido la misma evolución que la efectuada por los profesionales y teorías de cada modelo psicológico: 'teoría psicoanalítica' y sus derivaciones, 'Modelo de Rasgos', 'Teoría de la conducta', 'Psicología cognitiva', con sus controversias y afinidades.

La teoría psicoanalítica clásica ha priorizado el valor del medio interno, prescindiendo del aporte del ambiente que rodeaba al sujeto. La escuela psicoanalítica inglesa, aún siguiendo las directrices de la teoría freudiana clásica, ha evolucionado considerablemente al admitir que el paciente 'psicótico' podía beneficiarse del tratamiento psicoanalítico y así ha sido desde entonces, favoreciendo el acceso al tratamiento, que permite al sujeto experimentar una notable mejoría. La influencia de los investigadores postkleinianos ha evidenciado el papel e influencia del grupo -familiar, escolar, social- como ambiente próximo en el desarrollo infantil.

En el otro extremo, la teoría de la conducta pasa de la total eliminación del medio interno -situacionismo de Skinner- a valorar muy gradualmente el papel de las variables cognitivas, evolucionando desde un conductismo mediacional -con una idea remota del organismo- y conductual-cognitivo -Bandura, Staats, Hebb-, hasta llegar a la Psicología Cognitiva -Neisser, Bruner, Barlett-, en la que años atrás, ya se habían iniciado Piaget, Inhelder, Szeminska, Nuttin, a los que siguieron desde el área del lenguaje, Blanchard, Sinclair, etc.

Actualmente, se están tendiendo puentes, especialmente desde el ámbito del tratamiento, hacia posturas más integradoras, alejadas de antiguas conflictivas teóricas, sin que por ello esté solucionado, según Forns, el problema del análisis de la interacción entre sujeto y ambiente.

La última parte de la definición vincula diagnóstico y tratamiento. Se formula una demanda o solicitud de ayuda que lleva implícita la existencia de un conflicto y la necesidad de superar el sufrimiento que implica.

Diagnóstico y tratamiento constituyen, por tanto, dos procesos complementarios e inseparables hoy en día, cuya vinculación está íntimamente relacionada con la trayectoria personal y profesional de psicólogos y terapeutas, así como con el desarrollo de la Psicología, en general.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anguera, M.T. (1985). *Metodología de observación de las Ciencias Humanas*. Madrid: Cátedra.
- Ávila, A. (1986). Técnicas proyectivas. En A. Blanco. *Apuntes de Psicodiagnóstico*. Valencia: Promolibro.
- Ávila, A. (Dir.) (1992). *Evaluación en Psicología Clínica I. Proceso, método y estrategias psicométricas*. Salamanca: Amarú.
- Ávila, A. (1995). Las técnicas proyectivas en los últimos veinte años. Aspectos conceptuales y tendencias de la investigación. *Proceedings Book*. Portugal: Sociedad Portuguesa de Rorschach.
- Ávila, A.; Rodríguez - Sutil, C. (1992). *Psicodiagnóstico Clínico* (2ª edición revisada). Madrid: Eudema.
- Ávila, A., Poch, J. (Compiladors) (1994). *Manual de técnicas de psicoterapia*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Ballús, C. (1983). *Psicobiología: Interrelación de aspectos experimentales y clínicos*. Barcelona: Herder.
- Bandura, (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

- Bernstein, D.A.; Nietzel, M.T. (1982). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw Hill (Original del inglés, 1980).
- Bowers, K.S. (1973). Situationism in Psychology: An analysis and critique. *Psychological Review*, 80 (5), 307-336.
- Castillo, J.A.; Poch, J. (1991). *La efectividad de la Psicoterapia*. Barcelona: Hogar del Libro.
- Coderch, J. (1987). *Psiquiatría Dinámica*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (2001). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Cronbach, L. J. (1957). The two disciplines of scientific psychology. *American Psychologist*, 30, 116-127.
- Cronbach, L. J. (1972). *Fundamentos de la exploración psicológica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cronbach, L. J.; Glesser, G. (1957). *Psychological tests and personal decisions*. Urbana: University of Illinois Press.
- Dewald, P. (1984). *Psicoterapia: un enfoque dinámico* (2ª Ed.). Barcelona: Toray- Masson.
- Eysenck, H. J. (1966). *The effects of Psychotherapy*. N. York: I.S.P.
- Fernández Ballesteros, R. (1980). *Psicodiagnóstico: Concepto y metodología*. Madrid: Cincel - Kapelusz.
- Fernández Ballesteros, R.; Carrobles, J.A.I. (1981). Evaluación versus tratamiento. En R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carrobles, *Evaluación Conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. (1983). *Psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.
- Fernández Ballesteros, R. (1987). *El ambiente*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. (2004). *Introducción a la Evaluación Psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. (2004). *Evaluación Psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. (2005). *El ambiente*. Madrid: Pirámide.
- Forns, M. (1993). *Evaluación Psicológica Infantil*. Barcelona: Barcanova.
- Forns, M. et alt., (2004). *Avaluació Psicològica*. Barcelona: UOC.
- Hersen, M.; Kazdin, A.E.; Bellack, A.S. (1983). *The Clinical Psychology Handbook*. N. York: Pergamon Press.
- Kendal, P.C.; Norton, J.D. (1988). *Psicología Clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.
- Korchin, S.J. (1976). *Modern Clinical Psychology*. N. York: Basic Books.
- Lanyon, R. I., Goodstein, L. D. (1997). *Personality Assessment* (3ª Edit). N. York: J. Wiley and Sons.
- Maganto, C. (1999). *Psicodiagnóstico infantil: aspectos conceptuales y metodológicos*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Maloney, M. P., Ward, M. (1976). *Psychological Assessment. A conceptual approach*. N. York: Oxford University Press.
- Martorell, M. C. (1988). El informe y cuestiones deontológicas en el diagnóstico psicológico. En M.C. Martorell, *Técnicas de exploración psicológica. Vol. I*. Valencia: Promolibro.
- Martorell, M. C. (1988). *Técnicas de exploración psicológica. Vol. II*. Valencia: Promolibro.
- McReynolds, P. (1968). *Advances in Psychological Assessment. Vol.I*. Palo Alto, California: Science and Behavior Books.
- McReynolds, P. (1975). *Advances in Psychological Assessment. Vol. III*. San Francisco: Josey Bass.

- 
- McReynolds, P. (1981). *Advances in Psychological Assessment. Vol. V*. San Francisco: Josey Bass. Pub.
- McReynolds, P. (1989). Diagnosis and clinical Assessment. Current Status and major issues. *Annual Review of Psychology*, 40, 83-108.
- Millon, T. (1976). *Psicopatología Moderna*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1992). Sobre el nacimiento de la teoría y la evaluación de la personalidad. En A. Ávila y C. Rodríguez Sutil. *Psicodiagnóstico Clínico* (2ª edición revisada). Madrid: Eudema.
- Millon, R. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory—III. Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Mischel, W. (1979). On the interface of cognition and personality beyond the person x situation debate. *American Psychologist*, 34 (9),740-755.
- Ollendick, T.H.; Hersen, M. (1993). *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martínez-Roca (Original del inglés,1983).
- Pelechano, V. (1976). *Psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.
- Pelechano, V. (1988). *Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico. I y II*. Valencia: Alfaplús.
- Sattler, J. M. (1999). *Evaluación de la inteligencia infantil y habilidades especiales*. México: El Manual Moderno (Original del inglés, 1982).
- Silva, F. (Edit) (1985). *Evaluación Psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Silva, F. (1999). *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide.
- Schraml, W.J. (1975). *Psicología Clínica*. Barcelona: Herder (Original del alemán, 1970).
- Staats, A. W. (1981). Paradigmatic behaviorism unified theory, construction and the zeigest of separatism. *American. Psychologist*, 36, 239-256.
- Vives, M. (2005). *Tests proyectivos. Aplicación al diagnóstico y tratamiento clínicos*. Barcelona: Edicions i Publicacions de la Universitat de Barcelona.