



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS
Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

PSICOLOGÍA CLÍNICA

**COMPARACIÓN DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN VIVO FRENTE A
LA EVALUACIÓN MEDIANTE VIDEO CONFERENCIA.**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORES:

PAOLA ALVAREZ

JEFFERSON ELIZALDE

DIRECTOR:

Mst. SEBASTIÁN HERRERA

Cuenca

2018

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
Introducción	xi
1. CAPÍTULO I.....	1
MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	1
1.1.1. Historia de la evaluación psicológica.....	1
1.2. ENTREVISTA CLÍNICA	3
1.2.1. Definición y aspectos conceptuales de la entrevista.....	3
1.2.2. Importancia de la entrevista en psicología: Aspectos históricos	3
1.2.3. Clasificación de la entrevista.....	4
1.2.4. Cuestiones éticas	5
1.2.5. Registro de la información	6
1.2.6. La Comunicación en la Entrevista.....	6
1.2.7. Fases de la entrevista y su curso.....	11
1.3. TESTS PSICOLÓGICOS	12
1.3.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	13
1.3.2. Inventario de Ansiedad de Beck.....	16
1.4. NUEVAS TECNOLOGÍAS EN PSICOLOGÍA.....	19
1.4.1. Realidad Virtual en Psicología.....	19
1.4.2. Realidad Aumentada	22
1.4.3. Tele psicología	23
1.4.4. Uso de tecnología en la Salud	24
1.5. ENTREVISTA CLÍNICA POR VIDEOLLAMADA	29
2. CAPÍTULO II	31
METODOLOGÍA	31
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	31
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	31
2.3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS	32

2.4. PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
3. CAPÍTULO III	35
ANÁLISIS DE RESULTADOS	35
3.1. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA A TRAVÉS VIDEOCONFERENCIA	36
3.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PERSONAL	47
3.3. COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PERSONAL Y POR MEDIO DE VIDEOCONFERENCIA.....	58
3.4. MÉTODO DE PREFERENCIA PARA REALIZAR UNA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	69
3.5. RESULTADOS DE LAS ESCALAS APLICADAS	70
4. CAPÍTULO IV	74
DISCUSIÓN	74
5. CAPÍTULO V	77
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	77
5.1. Conclusiones	77
5.2. Recomendaciones.....	77
REFERENCIAS	79
Bibliografía	79
ANEXOS.....	84

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Comodidad durante la evaluación psicológica por videoconferencia	36
Gráfico 2 Comodidad con el ambiente durante la videoconferencia.....	37
Gráfico 3 Fluidez en la comunicación durante la evaluación psicológica por videoconferencia.....	38
Gráfico 4 Nivel de satisfacción con la comunicación por videoconferencia	39
Gráfico 5 Satisfacción del medio para la evaluación psicológica por videoconferencia	40
Gráfico 6 Seguridad de compartir información por videoconferencia	41
Gráfico 7 Percepción sobre la atención recibida por videoconferencia	42
Gráfico 8 Facilidad en la realización del test por videoconferencia.....	43
Gráfico 9 Comodidad En la realización del test por videoconferencia	44
Gráfico 10 Recomendación de videoconferencia para evaluación psicológica	45
Gráfico 11 Personas que volverían a tener una evaluación psicológica por videoconferencia.....	46
Gráfico 12 Comodidad durante la evaluación psicológica personal	47
Gráfico 13 Comodidad con el ambiente durante la evaluación psicológica personal	48
Gráfico 14 Fluidez en la comunicación durante la evaluación psicológica personal	49
Gráfico 15 Nivel de satisfacción con la comunicación personal.....	50
Gráfico 16 Satisfacción del medio para la evaluación Psicológica personal	51
Gráfico 17 Seguridad al compartir información en la evaluación psicológica personal	52
Gráfico 18 Percepción sobre la atención recibida en la evaluación psicológica personal	53
Gráfico 19 Facilidad en la realización del test en la evaluación psicológica personal...	54
Gráfico 20 Comodidad en la realización del test en la evaluación psicológica personal	55
Gráfico 21 Personas que recomendarían la evaluación psicológica personal	56

Gráfico 22 Personas que volverían a tener una evaluación psicológica personal	57
Gráfico 23 Comparación de comodidad durante la evaluación psicológica	58
Gráfico 24 Comparación de comodidad con el ambiente durante la evaluación psicológica	59
Gráfico 25 Comparación en la fluidez de comunicación durante la evaluación psicológica	60
Gráfico 26 Comparación del nivel de satisfacción con la comunicación durante la evaluación psicológica.....	61
Gráfico 27 Comparación de la satisfacción del medio para la evaluación psicológica..	62
Gráfico 28 Comparación de la seguridad al compartir información en la evaluación psicológica	63
Gráfico 29 Comparación de la percepción sobre la atención recibida	64
Gráfico 30 Comparación en la facilidad de realización del test	65
Gráfico 31 Comparación de la comodidad en la realización del test	66
Gráfico 32 Comparación de las recomendaciones de los métodos de evaluación psicológica	67
Gráfico 33 Comparación del tipo de la evaluación psicológica que volverían a tener el evaluado.....	68
Gráfico 34 Método de preferencia para la evaluación psicológica	69

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resultados de la Escala de Depresión de Beck (BDI-II) por medio de videoconferencia.....	70
Tabla 2 Resultados de la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) en persona.....	71
Tabla 3 Resultados de la Escala de Depresión de Beck (BDI-II) en persona	72
Tabla 4 Resultados de la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) por medio de videoconferencia.....	73

DEDICATORIA

Paola Álvarez.

En primer lugar, dedico mi trabajo a Dios por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada momento, por guiar mi camino y rodearlo de personas maravillosas durante esta etapa.

A mis padres por darme la vida, por creer en mí, por apoyarme incondicionalmente y ser mi soporte en todo momento.

A mis hermanos por estar conmigo siempre, por cada palabra de aliento y por el ejemplo que me dan.

A mi gran amor, mi hijo, por ser mi principal fuente de motivación e inspiración, por enseñarme tanto, sobre todo a no rendirme.

A mi compañero de tesis por toda la paciencia, los ánimos, el esfuerzo y la motivación

A todos, gracias infinitas.

Jefferson Elizalde

Quiero dedicar esta tesis primeramente a mi Dios porque es por Él y para Él que he llegado hasta este punto de mi vida, dándome la fuerza necesaria y supliendo mis necesidades.

A los motores de mi vida, que son mis padres: Yovanny Elizalde y Nancy Sócola, así como también a mi tía Evangelina Sócola que gracias a su esfuerzo, amor y oraciones me han permitido alcanzar esta meta.

Para mis amigos, que fueron como hermanos y me apoyaron desde el inicio de mi carrera: Juan José Cassinelli, Pablo Jara, Ariosto Trelles, Diego Bermeo, Lenin Ramírez y Vladimir Carabajo, Christian Hernández y Darwin Granda.

Al economista German Arévalo y su esposa la licenciada Lía Bermeo, que me acogieron en su hogar y me hicieron sentir parte de su familia.

A mi compañera de tesis Paola Álvarez, por su apoyo en este proceso y su esfuerzo constante.

A todos con mucho cariño, GRACIAS.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de tesis, queremos agradecer primeramente a Dios, por la fuerza y sabiduría brindada, durante todo el trayecto universitario.

A la Universidad del Azuay, por brindarnos la oportunidad de adquirir conocimientos y convertirnos en profesionales de excelencia.

Agradecemos a nuestras familias por todo el apoyo, ya que sin su ayuda no habríamos podido cumplir este objetivo.

A nuestro tutor de tesis, el Mst. Sebastián Herrera, quien ha sabido guiarnos correctamente en esta investigación, convirtiéndose en parte fundamental del cumplimiento de esta meta.

Además a nuestros maestros por todos los conocimientos impartidos, experiencias y consejos, con mención especial a la Dra. Ana Lucía Pacurucu y Mst. Fernanda Coello.

Y por último queremos agradecer a todas las personas que directa o indirectamente han contribuido a la realización de este proyecto y a todos los que han sido de apoyo en nuestras carreras.

RESUMEN

El presente trabajo es una comparación de la evaluación psicológica en vivo frente a la realizada por video conferencia. Para esto se trabajó con una población de 30 personas de ambos sexos y con edades de entre 20 a 30 años, aplicándoles las dos formas de evaluación a todos los participantes, para posteriormente conocer los resultados mediante una encuesta. Finalmente, se llegó a la conclusión de que los evaluados tuvieron buenas experiencias con los dos tipos de evaluación y aunque se observa preferencia por la personal, se comprobó que la videoconferencia puede ser un recurso tecnológico de gran utilidad para la evaluación psicológica.

Palabras clave: Evaluación psicológica, tele psicología, videoconferencia, tecnología en psicología.

ABSTRACT

The present work was a comparison of live psychological evaluations compared to those made by video conference. A population of 30 people of both sexes, with ages between 20 to 30 years were used and the two forms of evaluation were applied to all participants. The results were determined through a survey. It was concluded that the population had good experiences with both types of evaluation. Although there was a preference for the live evaluation, it was found that videoconferencing could be a very useful technological resource for psychological evaluation.

Keywords: Psychological evaluation, telepsychology, video conference, technology in psychology.



A handwritten signature in blue ink, appearing to be "PAUL ARPI".

Translated by

Ing. Paul Arpi

Introducción

El presente trabajo es una investigación innovadora dentro de nuestro medio, que compara a la evaluación psicológica personal frente a la realizada por videoconferencia. Esta tesis consta de 5 capítulos, en el primero encontramos el marco teórico en el cual nos sustentamos para la realización de este trabajo, en el segundo encontramos la metodología utilizada, en el tercer capítulo presentamos los resultados obtenidos con ilustraciones, en el cuarto tenemos la discusión y finalmente en el último punto se encuentran las conclusiones y recomendaciones

La evaluación psicológica es parte esencial dentro de la práctica clínica, siendo esta la piedra angular que sustenta todos los signos y síntomas de un problema para llegar a un diagnóstico concreto, además cabe recalcar que el hambre de buscar y descubrir información más clara sobre el paciente, ha llevado a este método a innumerables modificaciones para adaptarse a distintas realidades y necesidades, ya que, a la par del desarrollo de la sociedad en conjunto con la tecnología y la ciencia, la psicología también ha ido evolucionando con nuevas técnicas y prestaciones debido a las distintas demandas de los pacientes e instituciones, ya que, por las diferentes funciones y ocupaciones de las personas en nuestra comunidad se les complica en algunos casos asistir a una consulta con un profesional en salud mental como siempre se lo ha hecho, por lo que se procura presentar nuevos métodos y herramientas para llegar a todos los que lo necesitan y satisfacer la demanda real por una evaluación psicológica en nuestro medio. (Botella, y otros, 2007)

En el presente marco teórico desglosaremos las funciones de la evaluación psicológica, así como también sus elementos y las formas en las que podemos evaluar, ya que, nuestra investigación busca implementar una nueva herramienta a la práctica clínica que nos permita un proceso eficaz, cómodo y que pueda alcanzar a más personas.

1. CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

1.1.1. Historia de la evaluación psicológica

En sus inicios la evaluación está vinculada a la psicología diferencial, al sintetizar todos los años transcurridos, encontramos una ausencia del conceso en cuanto a fases y periodos. Según (Toynbee, 1963) sería adecuado recurrir a una visión multidimensional dado que en devenir influyen movimientos sociales, avances artísticos, científicos, religiosos, guerras y acontecimientos políticos (Molina, 1996). Años más tarde recalca que la psicología es una ciencia fundamental social que tiene relación con las circunstancias que condicionan el progreso del hombre. Es complicado determinar en qué momento comienza a percibir ciertas diferencias entre él y quienes lo rodean. Según (Fernandez-Ballesteros, 2013) los requisitos para la ocurrencia de un precedente pseudocientífico del psicodiagnóstico es necesario una intención y un ambiente, además contar con la presencia de un evaluador, evaluado, técnicas de medida y procedimiento así también se debe contar con un marco teórico con sistema de categorización de resultados que permitan formular hipótesis y predecir conductas futuras (Fernandez-Ballesteros, 2013).

En la historia ha existido un sin número de líderes políticos, religiosos, chamanes y adivinos que se han destacado por ser excelentes conocedores e investigadores de las personas a su alrededor. Según Silva Mc Reynoldo y Pelechano el antecedente más remoto del psicodiagnóstico es la Astronomía, afirmación que generó reacciones por no ajustarse al método científico por ser una técnica que trata de predecir el futuro individual (Muñoz, 2011). Esta concepción es el origen del interés por parte del ser humano a determinar un diagnóstico por medio de una evaluación, a este periodo lo denominamos Protocientífico el cual está seguido del Periodo Seudocientífico o filosófico en el que destacan personajes como Sócrates, Platón y Aristóteles así mismo buscando información para comprender al hombre y llegando a algunos diagnósticos de ciertas cuestiones filosóficas sobre el ser humano. Posteriormente, se elaboran los primeros test mentales, surgiendo los test de inteligencia, pruebas estandarizadas del aprovechamiento y evaluación de la personalidad (Mikulic, 2011). Desde la segunda mitad del siglo XIX avanza la Neurociencia y la Psiquiatría con instrumentos para valorar capacidades, donde repercute la teoría evolucionista de Darwin haciendo énfasis en las diferencias individuales y tratando de entender las mismas para desarrollar nuevas formas de evaluación. (Galton, 1888) posteriormente comienza a relacionar variables diversas para el rendimiento académico, carácter sensorial, capacidad intelectual y medidas antropométricas. (Quetelet, 1870) maneja estadísticas rasgos mentales y físicos. (Sharpe y Wisner, 1983) demostraron que los sistemas desarrollados por Galton y Cateli eran ineficaces desarrollando así nuevas modificaciones. (Fernandez-Ballesteros, 2013)

1.2. ENTREVISTA CLÍNICA

1.2.1. Definición y aspectos conceptuales de la entrevista

La entrevista es una técnica de evaluación que utiliza el clínico para recoger información. La misma se puede acoplar al estilo personal del entrevistador, además de las diversas necesidades del entrevistado; por tal motivo se considera que la entrevista clínica brinda mayor conocimiento a la evaluación psicológica. (Perpiña, 2012)

1.2.2. Importancia de la entrevista en psicología: Aspectos históricos

Debido a todas las áreas que han utilizado la entrevista, esta se ha ido modificando y enriqueciendo. Varios autores concuerdan en que Kraepelin le dio mayor relevancia en el campo clínico, debido que exploraba con gran detalle los síntomas de los pacientes para poder establecer un diagnóstico (Perpiñá, 2012).

Una de las aportaciones más importantes a la entrevista clínica es el psicoanálisis de Freud que mediante las asociaciones libres del paciente, el terapeuta puede obtener información, realizar una evaluación y proceder a la terapia, además de ser el terapeuta que influye notablemente en la dinámica de la entrevista. Sullivan en su clásico de 1954 *The Psychiatric Interview* indica que al ser la entrevista un proceso de relación interpersonal, el entrevistador no es un miembro neutro dentro de la entrevista, por el contrario, el terapeuta realiza un papel de “observador participante” del que debe sacar ventaja para beneficiar a su paciente. (Perpiñá, 2012)

Carl Rogers le dio un estilo no directivo a la entrevista, centrándose en el marco de referencia del cliente, en la expresión y comprensión emocional, además en la década de los cuarenta adoptó la metodología de la grabación de audio de las entrevistas.

Con la aparición del conductismo en los años setenta, Kanfer y Saslow (1965) publican Behavior Analysis, donde señalan que la entrevista clínica es fundamental para el análisis funcional de la conducta, exigiendo siempre un buen nivel metodológico para asegurar la fiabilidad y la validez, lo que obligó a varios autores a aportar mecanismos para asegurar la fiabilidad y validez.

Las entrevistas estandarizadas permiten al entrevistador formular hipótesis y llegar a un diagnóstico fiable. (Perpiñá, 2012)

1.2.3. Clasificación de la entrevista

1.2.3.1. Estructura (Estructurada, no estructurada, semiestructurada)

La entrevista estructurada consiste en preguntas que ya están establecidas, además tienen un orden determinado.

La entrevista no estructurada le permite al entrevistado impartir información según sus necesidades, lo que determinará en qué orden se realizan las preguntas y de qué tipo.

La entrevista semiestructurada permite al entrevistador realizar preguntas en el momento que crea oportuno, siguiendo algún tipo de orientación o estructuración.

1.2.3.2. Grado de dirección o participación (directivas y no directivas)

Dentro de una entrevista directiva el profesional tiene una participación, en donde elige el tema y formula preguntas de acuerdo a su marco de referencia, para de esa manera tener la mayor cantidad de información.

La entrevista no directiva es aquella en la que el paciente es el que lleva la mayor parte de la conversación, de forma que el terapeuta interviene para mostrar al entrevistador que comprende sus sentimientos, actitudes y conductas explícitas. (CUN, 2015)

1.2.3.3. Ámbitos de aplicación u objetivos de la entrevista (Asesoramiento o counselling, clínico, selección)

El asesoramiento o counselling se lleva a cabo cuando el paciente pide ayuda del profesional para determinada circunstancia, que puede estar relacionado con la vida cotidiana.

Cuando el objetivo de la entrevista es clínico el paciente presenta alguna patología, por lo que es fundamental una intervención psicológica.

Cuando la entrevista clínica es de selección, se busca a una persona que se ajuste al perfil para un puesto de trabajo.

1.2.4. Cuestiones éticas

La información que se recoge durante las sesiones debe tener un buen uso por parte del terapeuta. Por tal motivo no debe preguntar sobre temas que no se ajustan al cliente por razones de edad, sexo, cultura o que no sean accesibles al paciente. (Márquez, 2004)

El terapeuta debe ser coherente con sus principios y valores, que guía y marca su profesión.

Los principios que están estrechamente relacionados con la entrevista clínica son: (Ibáñez, 2010)

- Respeto, privacidad y confidencialidad.
- Competencia referida a la ética, a su preparación y capacidad.
- Reconocer límites profesionales, imparcialidad, honestidad y prudencia.

1.2.5. Registro de la información

Desde la antigüedad los psicólogos han buscado la forma más adecuada de recolectar la información que se da dentro del contexto terapéutico, para de esa manera obtener información cuando sea necesario.

Existen varios métodos de registro de información como el escrito a mano, grabaciones de audio, audio y video y registro de notas electrónicas, el psicólogo deberá elegir el más adecuado para sus necesidades, además que sea seguro y confiable, además se debe informar al paciente sobre el método que se va a usar.

1.2.6. La Comunicación en la Entrevista

La comunicación es un elemento fundamental en la entrevista clínica, dentro de los cuales podemos observar dos tipos claros de comunicación que son: la verbal y no verbal, que forman parte importante dentro de la interacción entre entrevistado y entrevistador. Por este motivo el profesional debe enfocar su atención a la expresión verbal y corporal del paciente para poder entender mejor lo que se está comunicando.

1.2.6.1. Tipos de Comunicación:

a. La comunicación verbal

El lenguaje, específicamente el habla, es el medio por el cual se genera la comunicación transmitiendo a través de éste el material cognitivo (conocimiento) y a su vez es codificada por el emisor y descodificada por el receptor. (Perpiña, 2012)

Dentro de la entrevista el entrevistador tiene la responsabilidad de utilizar su lenguaje para expresar algo y también llevar el rumbo de la entrevista de acuerdo a su criterio profesional en busca de la información que éste necesite.

El psicólogo debe utilizar las palabras adecuadas para que el paciente pueda comprenderlo claramente, es decir debe tomar en cuenta la región geográfica de donde procede el cliente así también como su nivel de formación académica, edad, religión y cultura. Todos estos aspectos específicamente señalados en el inicio de la entrevista, ya que es fundamental que los dos se comprendan perfectamente para poder llevar una conversación clara y precisa. También cabe recomendar como aspecto previo al desarrollo de la entrevista que se consultará cualquier palabra o frase sin dar nada por entendido hasta que realmente esté especificado.

Cabe recomendar que el profesional debe tener dominio y conocimiento sobre la temática que se va a evaluar y saber cómo hacerlo, así como también debe enfocarse en guiar la entrevista de acuerdo a los objetivos o el motivo por el cual se ha realizado la misma, dejando a un lado todo aquel tema que no aporte o no sea relevante dentro de la sesión, excepto si está dentro del rapport donde la finalidad es entrar en confianza con el paciente por lo que si se podría abordar un tema de interés que rompa el hielo y se cree un ambiente más cómodo y agradable.

b. La comunicación No Verbal

La comunicación no verbal expresa el cómo se dicen las cosas más allá de lo que se habla, ya que éste factor puede darle un factor agregado de interpretación al lenguaje verbal. Este aspecto no puede ser controlado por el entrevistador, ya que debe dejar que fluya en el paciente porque nos comunica tanta información como las palabras. Por ello es tan importante que el profesional conozca las claves y significados de este tipo de expresión para poder descifrarlo y a su vez entenderlo para poder seguir guiando la entrevista. Otra característica importante este tipo de comunicación es que es más emocional por lo que también influye para tener un mejor rapport y por ende una mejor relación.

Los componentes más importantes del lenguaje no verbal dentro de la entrevista son:
(Perpiñá, 2012)

- Expresión facial
- Ojos y la mirada
- Postura corporal
- Gestos
- Distancia interpersonal
- Respiración y variables paralingüísticas

La comunicación no verbal tiene algunas formas de relacionarse con la comunicación verbal: (Knapp & Hall, 2002)

- La repetición: es cuando los dos tipos de comunicación expresan lo mismo
- Contradicción: se da cuando los dos tipos de comunicación dan un distinto mensaje, por lo general se valora más el mensaje no verbal

- La sustitución: el mensaje no verbal se emplea ocupando el lugar del verbal
- Complementación: el mensaje no verbal complementa a la verbal.
- Acentuación: cuando los mensajes no verbales enfatizan los verbales
- Regulación: la comunicación no verbal regula el flujo de la conversación.

Dentro de la entrevista a través de videollamada la comunicación verbal no se pierde. Más bien podemos captar de mejor manera las expresiones del paciente bajo los parámetros técnicos adecuados para que se produzca el abordaje, ya que el paciente al estar más cómodo dentro de su entorno o zona de confort y al poseer la seguridad que obtiene al comunicarse con el profesional a través de un dispositivo tecnológico, se va soltar más y no reprimirá su forma de ser y de expresarse corporalmente.

c. La escucha activa

Para que la comunicación dentro una entrevista sea eficaz, es importante saber qué y cómo preguntar, además de saber cómo escuchar.

La habilidad de la escucha activa es la combinación de la comunicación no verbal por parte del entrevistado para a través de ésta expresar que se comprende lo que se dice y la comunicación verbal para retroalimentar y estar seguros de haber entendido el mensaje, además se puede demostrar empatía, comprensión y aceptación.

d. Empatía y rapport

La empatía y el rapport son elementos fundamentales dentro de la interacción del terapeuta y el paciente, gracias a los cuales se establece una buena relación terapéutica, por lo que es fundamental conocer los aspectos importantes de cada uno y de qué manera utilizarlos en el contexto clínico.

- Empatía

La empatía hace referencia a ponerse en el lugar de la otra persona, para de esa manera entender lo que le sucede, sin importar el grado de afectividad y que tan agradable sea esa persona para la otra parte.

Responder empáticamente a un paciente significa intentar pensar con él, y no en su lugar o sobre él (Brammer, Abrego, & Shostrom, 1993) lo que logrará mejores resultados en las sesiones psicológicas.

- Rapport

El rapport se entiende como una alianza o establecer una relación en la que ambas partes pueden expresar sus sentimientos y pensamientos sin problema alguno, sin importar la complejidad de los mismos. (Miller, 2010). Lo que ayudará a crear una interacción abierta y de confianza.

Se pueden utilizar técnicas como la escucha activa, la clarificación, entre otras, que facilitan el establecimiento del rapport, sin embargo, el terapeuta debe manejar adecuadamente su lenguaje no verbal ya que puede ocasionar inconvenientes.

Dentro de las entrevistas psicológicas el rapport y la empatía son indispensables para establecer una buena alianza terapéutica, por lo que es fundamental que el terapeuta establezca y maneje adecuadamente cada uno de estos elementos.

1.2.7. Fases de la entrevista y su curso

1.2.7.1. Fase inicial

En la fase inicial se da el primer contacto entre el paciente y el terapeuta, por lo que se establece el rapport y se obtiene la primera impresión sobre el entrevistador. Durante esta fase, si es necesario, se prepara al paciente para un futuro tratamiento. (Shea, 2002)

1.2.7.2. Fase intermedia

Durante la fase intermedia se realizan preguntas abiertas, por lo que la fluidez de la conversación es importante, además mediante el lenguaje verbal y no verbal el terapeuta se dará cuenta si el paciente cada vez se siente más cómodo o todo lo contrario, es importante que el entrevistador identifique estas situaciones para poder mejorar dicha situación. (Perpiñá, 2012)

1.2.7.3. Fase final

La fase final hace referencia al cierre, para dicha fase ya se habrá recolectado toda información necesaria y de igual manera se habrán cubierto los objetivos planteados. (Ibáñez, 2010)

1.3. TESTS PSICOLÓGICOS

Al hablar de psicometría lo entendemos como uno de los términos más amplios al momento de referirnos a evaluación psicológica, sin embargo la mayoría de sus definiciones apuntan en una misma dirección y es que es definida como el conjunto de conceptos teóricos y metodológicos para la construcción y evaluación de instrumentos de medida de diferentes factores en la psicología.

El inicio de la psicometría no es exacto; sin embargo, podemos tomar como referencia algunas de las primeras pruebas o instrumentos de evaluación como inicio de la psicometría. Tenemos al médico Galeno que hizo una clasificación humana según sus humores: sanguíneo, colérico, flemático y melancólico, esto podría referirse a una primera búsqueda de clasificación de la personalidad (Nava & Vega, 2004).

Las primeras pruebas sensomotoras fueron desarrolladas por Francis Galton en un laboratorio antropométrico de Kensington y además utilizó tecnología estadística para analizar los resultados de sus tests (Aiken, 2003).

Años más tarde James Cattell desarrolla también tests de carácter sensorial sin embargo es el primero en utilizar el término test mental (Aiken, 2003).

Posteriormente, se siguen desarrollando más tests, esta vez de aplicación colectiva para medir inteligencia, esto por una demanda creciente por parte del gobierno norteamericano para seleccionar y clasificar soldados para la primera guerra mundial. En este tiempo a la par de la tecnología y otros desarrollos acelerados en la sociedad también lo tuvo la psicometría con tests relevantes hasta nuestras épocas como el de aptitudes de Thurstone.

Luego de la guerra los tests más populares en desarrollarse fueron el test de manchas de Rorschach y otros a la par de la popularidad del psicoanálisis como el CAT o el TAT.

En nuestra época tenemos un sin número de tests disponibles, adaptados y modificados de acuerdo a la población y ubicación geográfica o idioma, que nos permiten hacer de la evaluación psicológica una tarea más completa al momento de explorar la psique humana; sin embargo, su uso debe ser responsable y con el adiestramiento adecuado. (Muñiz, 1996)

A continuación analizaremos dos de los más conocidos y aplicados tests dentro de nuestro medio para el análisis de síntomas de depresión y ansiedad, estos son: el inventario de depresión de Beck (BDI) y el inventario de ansiedad de Beck (BAI)

1.3.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

1.3.1.1. Definición

El inventario de depresión de Beck es uno de los cuestionarios más utilizados en Latinoamérica y el mundo entero para contribuir al diagnóstico y severidad del trastorno depresivo. Su creador fue el psiquiatra, investigador y fundador de la terapia Cognitiva, Aarón T. Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961).

Este test consta de 21 preguntas con respuestas de opción múltiple. Estos ítems exploran síntomas propios de la depresión: la desesperanza y la irritabilidad, culpa o sentimientos de estar siendo castigado; también encontramos problemas físicos que están relacionados con este trastorno como: fatiga, pérdida de peso, problemas de sueño, problemas gástricos y bajo apetito sexual.

1.3.1.2. Historia

En 1961 se publica por primera vez este cuestionario como (Beck Depression Inventory; BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), años más tarde llegaría el BDI-1 que es la versión revisada lanzada en 1978, sin embargo luego tendríamos muchas versiones más como el BDI-1A y posteriormente en 1996 el BDI-2 que contiene cambios importantes para poder cubrir los criterios diagnósticos del DSM IV (Beck, Steer, & Brown, 1996), los cambios que ha sufrido han sido para una mejor y más detallada revisión de la sintomatología y alcance de la población ya que puede ser aplicada desde los 13 años de edad, y existe en español una versión de tan solo 13 ítems para una exploración más general y corta, sin embargo no nos sorprendería que a medida que pasa el tiempo sigamos evidenciado nuevas versiones con un nuevo alcance.

1.3.1.3. Versión Española

Este test ha llegado a ser traducido en múltiples idiomas a nivel mundial para un mejor alcance. Llega para habla hispana a mediados de los años 70, es una adaptación española por Conde, Esteban y Useros en 1976 de la primera versión de 1961, más tarde en los años 90 se presenta una adaptación de la versión revisada por Sanz y Vázquez. (Sanz, Perdigón, & Vázquez, Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II), 2003)

1.3.1.4. Confiabilidad y Validez

En este punto no hablaremos de la confiabilidad y validez del primer cuestionario de 1961, más bien veremos específicamente al BDI-2 en su revisión española, ya que es la

que nosotros utilizamos en este estudio, pero teniendo en cuenta que baremos muy similares se establecieron desde el 2001 en países como Noruega, Estados Unidos y Japón.

Este cuestionario fue administrado a una muestra de 490 personas, los mismos que provienen de una población heterogénea española en aspectos como edad, estado civil, profesión y nivel de estudios, sin embargo, luego de varios filtros y tests incompletos, la muestra se estableció en 470 personas.

Los resultados obtenidos arrojaron datos interesantes como la similitud con el BDI-1A, con una variación de solo 2 puntos, además se encontró que las mujeres puntuaron más alto que los hombres, no obstante, esta diferencia era mínima como para que afecte significativamente el resultado final.

Con respecto a la fiabilidad de consistencia interna es buena por la similitud a los datos encontrados en otros ámbitos culturales.

La fiabilidad de consistencia interna y validez factorial arrojan resultados concluyentes que demuestran una mejoría ante su predecesor el BDI-1A, esto por dos razones principales: la primera es que tiene un coeficiente alfa más alto y la segunda es que tiene una mejor estructura que obtiene una mejor medida general de la depresión, además se diferencia claramente dos factores interrelacionados de sintomatología cognitivo-afectiva y somático-motivacional y finalmente podemos decir que su uso del lenguaje es más apropiado y claro para una mejor comprensión de cada ítem. (Sanz, Perdigón, & Vázquez, Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II), 2003)

1.3.2. Inventario de Ansiedad de Beck

1.3.2.1. Definición

El inventario de ansiedad de Beck es un cuestionario que posee 21 ítems de opción múltiple que mide la gravedad actual de la ansiedad describiendo los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, tratando siempre de diferenciarse de aspectos o factores que lo relacionen con la depresión para poder discriminar apropiadamente solamente la ansiedad entre sus preguntas. Además, este test presenta varias ventajas como el uso del tiempo, ya que solo se necesita de 5 a 10 minutos para completarlo, sólo una hoja de protocolo y un lápiz y finalmente solo requiere un nivel básico de lectura. (Garrido, 2014)

1.3.2.2. Historia

El primer test en su versión original fue publicado en Estados Unidos como Beck Anxiety Inventory (BAI), en el año 1988 (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), sus autores fueron Aarón Beck y Robert Steer y publicaron también nuevas versiones en 1990 y 1993, aunque sin cambios significativos en el contenido del instrumento, incluso las nuevas versiones informáticas siguen presentado el mismo contenido.

Está basado en otros cuestionarios los cuales son: Situational Anxiety Checklist (SAC), The Physician's Desk Reference Checklist (PDR) y The Anxiety Checklist (ACL).

En el estudio Piotrowsky & Gallant (2009), se indica que es el instrumento más utilizado en investigaciones psicológicas

1.3.2.3. Versión Española

Existen varias versiones en español, dos especialmente diseñadas para los hispanos de Estados Unidos y también existe una versión española adaptada a la población mexicana.

En España encontramos también varias versiones de este cuestionario como la de Botella y Ballester en 1997, Comeche, Díaz y Vallejo en 1995 y Echeburúa en 1993, sin embargo, ninguna de éstas se había realizado con muestras españolas que verifiquen la validez y confiabilidad de sus propiedades psicométricas. No es hasta que Sanz y Navarro en 2003 realizan una nueva versión utilizando una muestra de estudiantes universitarios de España. Posteriormente en 2008 Magán, Sanz y García Vera, realizaron un análisis psicométrico de las propiedades de este cuestionario para su uso en España con una muestra de adultos de la población general, por lo tanto, es la única versión adaptada del BAI y no solo una traducción (Sanz, Vallar, de la Guía, & Hernández, 2011).

1.3.2.4. Confiabilidad y Validez

Dentro de la confiabilidad de este test nos referiremos a la versión española de Sanz y Navarro, por ser la versión Española más utilizada y aceptada. En esta versión se analizó una muestra de 590 estudiantes universitarios españoles obteniendo un coeficiente alfa de 0,88, y en una muestra de 249 adultos de la población española en general se obtiene un coeficiente alfa de 0,93. La fiabilidad obtenida aplicando un test y posteriormente un retest una semana después en una muestra de 83 pacientes ambulatorios con trastornos psicopatológicos obtuvo un puntaje de 0,75.

Este test también ha demostrado tener buenos índices de validez convergente, con medidas moderadas correlacionando este cuestionario con otros tests de ansiedad en

distintos tipos de población como pacientes psicopatológicos, adultos de la población general, adolescentes, estudiantes universitarios, ancianos, etc. Los principales tests que se han visto relacionados con este son: la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton con una relación del 0,51, y con el Cuestionario de Ansiedad Estados-Rasgo (STAI) con correlaciones de 0,57 - 0,68 y 0,56 - 0,64 (Sanz, Vallar, de la Guia, & Hernández, 2011).

1.4.

1.5. NUEVAS TECNOLOGÍAS EN PSICOLOGÍA

El futuro de la psicología se ve netamente ligada a los avances tecnológicos que cada día se van desarrollando, ya que nos va brindando nuevas herramientas aplicables dentro de esta ciencia. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han aportado y lo seguirán haciendo a varios campos de la psicología, sin embargo, a continuación analizaremos la utilización de algunas herramientas específicamente en la psicología clínica (Clough & Casey, 2011).

1.5.1. Realidad Virtual en Psicología

La realidad virtual es la construcción de un entorno, escenas u objetos de apariencia real totalmente generados mediante tecnología informática.

Esta nueva tecnología nació enfocada principalmente en el mundo de los videojuegos netamente para entretenimiento, sin embargo se ha ido utilizando en muchas otras áreas, así como en diferentes tipos de entrenamiento militares y científicos, además en campos como medicina, arqueología, arte, arquitectura y nuestra área en específico la psicología.

La realidad virtual permite a la persona estar en un entorno generado por computadora que cada vez es más real con la ventaja de poder interactuar con él en tiempo real, siendo esto posible a través de canales sensoriales, como guantes, lentes y otros accesorios especiales, que se encuentran directamente ligados a nuestros sentidos de audición, tacto, olfato y vista (Botella & Brentón-López, 2014).

1.5.1.1. Aplicaciones de la Realidad Virtual en Psicología Clínica

Cabe destacar que las aplicaciones se van expandiendo a más trastornos o problemas a medida que avanza esta tecnología, su disponibilidad y versatilidad de uso, sin embargo nos enfocaremos en las presentes y más importantes que son:

- **Trastornos de Ansiedad:** Para estos trastornos los tratamientos más eficaces y comunes conllevan un acercamiento a la exposición de lo que los pacientes temen o evitan que es la fuente de su ansiedad. Para esto se ha utilizado primero la imaginación y posteriormente la exposición personal o en vivo, sin embargo hay que tener en cuenta que cuando se aplica la imaginación a pesar de su mejoría un gran porcentaje de los pacientes no logran llegar a la exposición en vivo y rechazan el tratamiento por el nivel de rechazo a la causa de la ansiedad. Por este motivo se ha visto como una alternativa el uso de la realidad virtual para crear un ambiente donde tengamos presente aquello que genera el temor en el paciente para poder tener una exposición controlada, que tenga los beneficios de una experiencia real, sin tener que serlo, logrando que el paciente se sienta más seguro y tenga un mejor avance en su terapia, permitiendo interactuar con el ambiente, creando situaciones o lugares cómodos para el paciente y que ayude a que pueda tener una exposición a lo que teme o genera la ansiedad, además de poder repetir la misma situación, por lo tanto en una misma sesión el paciente puede experimentar el suceso varias veces. Hay que tomar en cuenta que es de gran ayuda esta tecnología porque también nos permite recrear situaciones a las que se nos haría difícil llegar o realizarlas, como viajar en avión, ver un cierto animal en específico, etc. logrando tener resultados beneficiosos que es el principal objetivo (Newman, Szkodny, Llera, & Przeworski, 2011).

- **Imagen Corporal:** Cuando nos referimos a los problemas de imagen corporal, nos estamos dirigiendo a los trastornos alimenticios y a la percepción física de sí mismos o de los demás que tienen los pacientes. Ya que se ha visto útil trabajar con la percepción de la imagen corporal que tienen las personas que sufren de anorexia y bulimia, ya que esta visión de sí mismos se encuentra claramente distorsionada. Al momento de utilizar esta tecnología, la realidad virtual presta las herramientas necesarias para que el paciente pueda moldear su cuerpo en un medio generado por computadora, donde puede ir cambiando dimensiones de su cuerpo virtual, el grupo de científicos en el área de tecnología y psicología dirigidos por Cristina Botella han creado un software llamado “Virtual & Body” (Botella, y otros, 2007) que logra evaluar las distintas distorsiones de la imagen corporal. Además la aceptación de un tratamiento con ayuda de la tecnología es más aceptado por las pacientes, ya que confían más en los resultados del programa que la opinión de las personas o del mismo terapeuta porque piensa que carecen de objetividad y lo hacen solamente para hacer sentir bien a la persona (Raich, 2004).
- **Otros trastornos:** También se ha utilizado esta herramienta para generar escenarios y ambientes para personas con problemas o trastornos de adicción mientras se encuentran en recuperación, ya que ellos pueden experimentar salir a la calle y encontrarse en bares o casinos, donde tendrán que aprender a batallar con sus deseos de entrar o dejar a un lado los estímulos que reciben por parte de estos locales, todo esto sin salir realmente a la calle si no solo a través de la realidad virtual (Botella & Brentón-López, 2014).

Otro campo donde puede hacer uso de esta tecnología es la salud, ya que se ha constatado que puede ser un elemento distractor muy eficaz en el manejo del dolor agudo mientras se realiza una intervención médica, como en curación de quemaduras, terapias de rehabilitación física, etc.

“El Mundo de Emma” es una plataforma de varios ambientes desarrollado dentro del proyecto Europeo EMMA (IST-2001-39192). Que en cambio no está diseñado para ningún problema en específico sino que es adaptable a diferentes situaciones gracias a un conjunto de herramientas que nos ofrece para poderlo utilizar en distintos problemas psicológicos (Botella, y otros, 2007).

1.5.2. Realidad Aumentada

Es aquella tecnología que combina el mundo real y el mundo virtual a través de dispositivos especializados, se diferencia de la realidad virtual ya que ésta nos permite visualizar nuestro mundo físico pero además monta una realidad virtual dentro de nuestra experiencia, en cambio la realidad virtual crea ambientes totalmente generados por computadora, donde la persona se sumerge en un mundo netamente informático.

La realidad aumentada está siendo muy popular en nuestros días principalmente en videojuegos y simuladores utilizados en distintos ámbitos, además ha tenido utilidades muy populares como en el uso de los vehículos, al proyectar en el parabrisas la velocidad del vehículo, mapas, etc. También encontramos esta tecnología en aplicaciones muy famosas como “Traductor de Google” presentando una opción que al enfocar una palabra con la cámara la aplicación traducirá a otro idioma de nuestra elección aquella palabra que hemos enfocado con el smartphone. Y así como estos, encontramos muchos más

ejemplos que ya son utilizados por una gran cantidad de población joven que va contagiando a los demás (Turner & Casey, 2014).

1.5.2.1. Aplicaciones de la Realidad Aumentada en Psicología Clínica

Anteriormente vimos cómo en la realidad virtual podíamos crear un ambiente generado por computadora y ponerlo a disposición del paciente para casos de ansiedad entre otros sin embargo, la realidad aumentada nos permite encontrarnos en la realidad y experimentar algunos sucesos virtuales en ella, por ejemplo: hay sistemas diseñados para ayudar a las personas con fobias a las arañas o cucarachas, donde por medio de un casco especial el paciente puede ver normalmente su entorno y su cuerpo sin embargo el casco le permite agregar arañas o cucarachas creando la ilusión de que estos animales están presentes por lo que el paciente sabe que no son reales sin embargo funciona en el tratamiento al ser una experiencia tan parecida a la real que es difícil notar la diferencia. Estos avances apenas se están desarrollando por lo que a futuro tendremos más utilidades como ésta dentro de la clínica en salud mental (Opris, y otros, 2012).

1.5.3. Tele psicología

Derivado de la “TELESALUD” es un ‘término por el Standing Committee of Family and Community Affairs en 1997, que se define como “la provisión de salud a distancia”. Nos referimos a esto cuando se produce una interacción a distancia a través del internet entre un profesional y su paciente, reemplazando una cita o consulta común, siempre y cuando los medios electrónicos presten las condiciones adecuadas. Dentro de nuestra investigación nos hemos enfocado precisamente en esto, la interacción entre evaluador y evaluado por medio de videollamada para una evaluación psicológica, aplicada a nuestro

medio, ya que nos interesa saber si la población ve de buena manera a esta nueva herramienta como a la consulta tradicional, ya que podría facilitar algunos procesos, tomando en cuenta que tanto los dispositivos y el internet mejoran con el paso del tiempo lo que hace más fácil ésta posibilidad y su utilización más frecuente (Botella & Brentón-López, 2014).

1.5.3.1. Aplicaciones de la tele psicología en Psicología Clínica

Hay ya en el internet muchas plataformas y páginas donde se brinda atención y hasta terapia psicológica a las personas por medio de la web, incluso hay otros programas que pueden ser auto administrados por el usuario en problemas como hablar en público, fobias con animales pequeños, etc. en páginas como (www.internetmeayuda.com), ya que investigaciones controladas han demostrado que pueden ser muy efectivos, además algunas páginas y organizaciones presentan la oportunidad de realizar test psicológicos, claro que cabe señalar que la gran mayoría son falsos o sin fundamento científico. Sin embargo el internet es una gran ventana en crecimiento para recibir ayuda psicológica en nuestros días y facilita la atención psicológica a pacientes en lugares apartados donde no hay profesionales en salud mental pero que sí constan con internet (Botella, y otros, 2007).

1.5.4. Uso de tecnología en la Salud

La psicología a lo largo de los años ha ido evolucionando adecuándose a las necesidades de las personas al adquirir diversas metodologías, yendo desde lo tradicional hasta la utilización de la tecnología debido a la gran demanda que se incrementa cada vez más con el paso del tiempo, por lo que gracias a la misma se puede atender las demandas

sociales de aquellas personas que no pueden acudir a consulta pero que cuentan con herramientas que son de gran ayuda como el internet, mediante el cual pueden recibir atención psicológica, usando de esta manera la tecnología como puente para llegar a la sociedad y brindar sus beneficios. (Vargas, 2002)

Dentro de la psicoterapia presenta varias ventajas, tales como: aumentar la accesibilidad al tratamiento, reducir los costes, realizar intervenciones que de otra forma quizás sería imposible de realizar en condiciones naturales, favorecer y garantizar la aplicación sistematizada e íntegra de los programas de tratamiento, mejorar la aceptación del tratamiento, facilitar, promover y reforzar un papel más activo de los ciudadanos en el mantenimiento de su salud, contribuir a intervenciones más breves, aportar información fiable sobre el proceso de intervención, y contribuir en el seguimiento. (Caspar, 2004).

La tecnología no interfiere en la relación terapéutica, en ciertos casos, las intervenciones tecnológicas son preferidas. Por ejemplo, algunos estudios muestran que se ha llegado a rechazar más el participar en un programa de tratamiento por trastorno de pánico en el formato tradicional (cliente-terapeuta), que en un tratamiento administrado por ordenador (Ghosh, Marks, & Carr, 1988). Además, algunos estudios muestran que la adherencia al tratamiento llega a ser más elevada en la condición de tratamiento asistido por ordenador que en terapia individual tradicional. Los datos disponibles también señalan que los clientes que participan de estas formas de intervención no necesitan de ninguna clase de experiencia previa (Newman M. , 2004). Incluso los pacientes más reacios al uso de las tecnologías parecen capaces de utilizar de forma correcta éstas, una vez el psicoterapeuta se toma el tiempo de mostrarles qué es lo que deben hacer y cómo. Por otra parte, también se evidencia que esta tecnología puede recoger información, en mayor cantidad y de mejor calidad, que la que es habitual en las evaluaciones administradas por clínicos.

La Organización Mundial de la Salud analizó los datos para el tratamiento eficaz de los trastornos mentales y llegó a la conclusión de que un enfoque combinado psicosocial y farmacológico probablemente sea el que dé mejores resultados (World Health Organization, 2009). En este contexto se hace indispensable producir instrumentos psicológicos innovadores, accesibles y económicos para poder responder a las acuciantes necesidades asistenciales existentes en el campo de la salud mental. La intervención en salud mental a través de Internet y del uso de nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC) deberá desarrollarse como un espacio interdisciplinario en el que converjan profesionales de la psicología, la psiquiatría, la neurociencia, la sociología, la antropología y los desarrollos multimedia, para ofrecer soluciones a los pacientes y a los profesionales. (Vaimberg, 2012)

La tecnología se ha puesto al servicio de la salud mental, debido a la facilidad que hoy en día tienen las personas para acceder al internet, ayudando a los profesionales tratar con sus pacientes, por tal motivo se han creado varios programas para brindar servicios a las personas que por alguna circunstancia no puedan acudir a consulta y que esto no llegue a ser un impedimento para buscar su bienestar, sin embargo dentro el uso de medios tecnológicos debe existir la humanización que es importante para el profesional y el paciente, por lo que la tecnología debe ser un complemento en el área de la salud. (Yáñez, 2017)

Varias asociaciones de diversos países han puesto en práctica esta alternativa, como es el caso de la asociación Asaenec (Argentina) que elaboró una aplicación gratuita para Android en la cual se conoce el estado de ánimo del paciente, además se puede crear redes de ayuda conformadas por familiares, amigos y profesionales. La empresa Hearing Software (España) creó el dispositivo "Senda" que es diseñado para el cuidado de personas con algún tipo de trastorno mental o de tercera edad, por lo que tiene un GPS

conectado a los teléfonos de sus familiares para que puedan recibir información clave e instantánea acerca de los pacientes, asegurándose de esta manera su seguridad y bienestar. (Innovción Tecnológica al Servicio de la Salud, 2017)

En México se realizó un programa llamado Programa de Acción e-Salud: Telemedicina, en el cual el objetivo principal es acercar la tecnología a los pacientes de zonas rurales para poder crear expedientes clínicos que se puedan compartir entre las instituciones de salud en el país. (Matus, Ramírez , Castillo, & Carinño, 2016)

Otro programa importante dentro de la psicología es la terapia de exposición a través de la realidad virtual (VRET) donde se imitan situaciones de vida real, gracias al avance tecnológico este método es más factible y accesible para los pacientes, esta terapia se puede llevar a cabo en pacientes con fobias, trastorno de estrés postraumático y TOC.

La terapia móvil (mTerapia) hace referencia al uso de dispositivos móviles y sus diversas apps para servicios de salud mental, la mayoría ofrecen ayuda con el diagnóstico y seguimiento, los datos recogidos facilitan las consultas de los pacientes y ayudan al terapeuta a diseñar intervenciones específicas para cada paciente. (Aboujaoude, Salame, & Naim, 2015)

La Fundación Pasqual Maragall está trabajando en la elaboración de técnicas de imagen de resonancia para la detección del alzhéimer, para que sea un método menos invasivo para el paciente, esta técnica identifica la acumulación de la proteína beta-almiloide evitando la radiación, además se incorpora con facilidad a los equipos existentes. (Raspal, 2016)

Según el DSM V la apnea de sueño es un trastorno relacionado con la respiración que inducen frecuentemente somnolencia diurna, con respecto a este trastorno Philips lanza

al mercado Amara View que es una mascarilla que administra aire por la nariz y evita las paradas respiratorias y los ronquidos. DreamFamily es otro producto de Philips que consta de varios elementos como DreamStation que es una plataforma que brinda datos en tiempo real sobre el cumplimiento de la terapia. DreamMapper muestra resultados del tratamiento, además envía los datos al terapeuta quien puede realizar un seguimiento. (Nimo, 2016)

1.6. ENTREVISTA CLÍNICA POR VIDEOLLAMADA

El internet es un medio que se ha ido involucrando en varias ciencias, siendo una de estas la psicología lo que ha facilitado grandemente tanto al terapeuta como al paciente, debido a que por varias circunstancias se dificulta la sesión lo que genera problemas al proceso terapéutico, por lo que gracias a la accesibilidad del internet no se pierde el contacto con el paciente, sin embargo el profesional debe cumplir con los aspectos éticos, sin importar cuál sea el medio por el que se realiza la sesión.

Los motivos más frecuentes por los que se realiza un proceso electrónico vía internet es que el paciente no pueda acudir al consultorio, el trastorno de la persona le impide ir a consulta, si el paciente desea mantenerse en anonimato, si muestra facilidad de comunicación por este medio y si el trastorno no tiene consideraciones graves; además este medio presenta varias ventajas como el contacto terapéutico más frecuente, la información queda archivada, puede existir múltiples formas de comunicación, también se considera que la escritura promueve la auto observación, el insight y la construcción de una narrativa personal, la velocidad de información y la ausencia del terapeuta puede lograr mayor confidencialidad. (Bermejo Mercader 2001)

Al realizarse la entrevista clínica por videollamada es importante conocer el motivo de consulta que puede ser de orientación psicológica o cuando la persona presenta algún tipo de trastorno, como la agorafobia, en este caso se procederá como una intervención similar a la personal, estableciendo un número aproximado de sesiones, enviando tareas de intercesión, fijando próximas citas, etc., lo que facilitará el proceso.

Cuando se utiliza el chat para el proceso psicológico se da un medio de comunicación sincrónica, en la que se intercambian mensajes en un tratamiento individual o grupal. Otro método que se ha empezado a usar con más frecuencia es la videollamada en donde la

interacción presenta un alto grado sensorial. (Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani, & Riva, 2003) Independientemente del método que se utilice es importante establecer la alianza terapéutica, que facilitará el proceso terapéutico.

La Psicoterapia Online presenta varias ventajas, como permitir a la población de las zonas rurales acceder a tratamiento psicológico, el coste de este tipo de terapias es menor y disminuye fronteras espaciotemporales. Otra ventaja de este tipo de entrevista es que la información se encuentra almacenada, por lo que el paciente y el terapeuta pueden acudir a la misma en cualquier momento, además ayuda a que los pacientes obtengan información adicional y también se pueden presentar consultas sencillas y asesoramiento. (Melchiori, Sansalone, & Borda, 2011)

Desventajas

Para este tipo de entrevistas es importante que el terapeuta esté bien capacitado, caso contrario pueden presentarse inconvenientes en las sesiones, además pueden existir malentendidos en los que sea defectuoso realizar clarificaciones. Otra desventaja que se puede presentar son los choques culturales, que crearía conflictos en la relación terapéutica, también se presenta dificultades al establecer si un paciente es apto para este tipo de terapia y la desventaja que más riesgo corre es que la información sea interceptada por terceros. (Melchiori, Sansalone, & Borda, 2011)

2. CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente trabajo es una investigación cuantitativa–cualitativa, descriptiva de corte transversal que busca evaluar a una determinada población de manera personal y a través de videoconferencia y comprobar la eficacia de la misma al compararlas, para utilizarla como una herramienta tecnológica que facilite este proceso tanto al evaluado como al profesional, esto se desarrollará de la siguiente manera:

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Se evaluará a 30 personas, 15 mujeres y 15 hombres, esta población tendrá que tener entre 20 y 30 años debido a que es en este rango de edad que se encuentra la mayor cantidad de personas adultas con conocimiento y uso de medios de comunicación online, además de contar con conexión a internet y un dispositivo que les permita realizar una videoconferencia (computadora, Tablet o celular), además de tener un conocimiento básico del uso de redes sociales que permitan video llamadas como Skype, Facebook, Whatsapp, etc.

2.3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Entrevista

Se utilizará una entrevista psicológica estándar, sin embargo se tomará en cuenta la confidencialidad del paciente. La entrevista tendrá dos partes, uno para cada método de evaluación:

En la primera parte se encuentran los datos personales que contienen: edad, sexo y fecha de evaluación; el motivo de consulta es investigativo para todos y por último en la historia familiar se repasan los acontecimientos más relevantes dentro de la familia nuclear.

La segunda parte contiene antecedentes disfuncionales del evaluado e historia personal, donde se describen los sucesos más relevantes más significativos en orden cronológico.

Cabe destacar que se utilizó la misma estructura de la entrevista para todos los participantes. La composición de la entrevista estará en anexos.

Encuesta

Se desarrollará una encuesta que tendrán que llenar los usuarios luego de haber completado la evaluación para que podamos obtener la información necesaria de su satisfacción ante los dos métodos de evaluación a los que se sometieron. (Adjunta en anexos)

Test

Se evaluará al paciente con dos tests, el Inventario de depresión de Beck (BDI) y el inventario de ansiedad de Beck (BAI), uno para cada método de evaluación (videollamada y de forma personal), en los dos casos el evaluador tendrá que guiar al paciente en el desarrollo de cada prueba. (Pruebas adjuntadas en anexos)

Escala de Depresión de Beck (BDI) adaptación española revisada, (Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003). Este test consta de 21 preguntas con respuestas de opción múltiple. Estos ítems exploran los principales síntomas propios de la depresión. Para determinar la confiabilidad y validez de esta escala, el cuestionario fue administrado a una muestra de 490 personas, los mismos que provienen de una población heterogénea española en aspectos como edad, estado civil, profesión y nivel de estudios, sin embargo luego de varios filtros y tests incompletos, la muestra se estableció en 470 personas.

Escala de ansiedad de Beck (BAI) adaptación española revisada, (Sanz, Vallar, de la Guía, & Hernández, 2011). Es el instrumento más utilizado para investigaciones psicológicas y la principal herramienta para medir los niveles de ansiedad. Para su validez y confiabilidad se analizó una muestra de 590 estudiantes universitarios españoles y una muestra de 249 adultos de la población española en general. Con puntajes alfa de 0.88 y 0.93 y obtuvo puntajes de 0.51 en relación con el test de ansiedad de Hamilton y con el cuestionario de Ansiedad (STAI) de 0.57-0.64.

2.4. PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este estudio dividiremos la evaluación psicológica en dos partes que serán las siguientes:

* La primera parte se compone de establecer el rapport y parte de la entrevista clínica (específicamente datos personales, historia familiar) así como también un test (inventario de depresión de Beck)

* La segunda parte se compone de complementar la entrevista clínica (específicamente antecedentes patológicos y la historia personal) un segundo test (inventario de ansiedad de Beck) y el cierre.

La Evaluación se llevará a cabo de dos maneras:

* La primera es la tradicional dentro de un espacio físico apropiado para una entrevista psicológica que disponga de privacidad, sin ruidos, asientos y una mesa o escritorio

* La segunda forma será a través de videoconferencia o video llamada, utilizando Skype o Facebook de acuerdo a la preferencia del evaluado, donde se disponga de conexión a internet aceptable, buen sistema de audio y video y que tanto el evaluado como el entrevistador se encuentren en un espacio donde pueda llevarse la evaluación sin interrupciones.

Se dividirá a la población en dos grupos “A” y “B” de 15 personas conformados por 8 hombres y 6 mujeres respectivamente en cada grupo.

* El grupo A será evaluado en dos etapas, la primera etapa será la primera parte de la evaluación psicológica en persona y la segunda etapa el complemento de la evaluación psicológica, pero a través de videoconferencia

* El grupo B será evaluado también en dos etapas, pero por el contrario al grupo A, la primera etapa será la primera parte de la evaluación psicológica pero a través de videoconferencia y se complementará la segunda parte en persona.

3. CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para realizar esta investigación se estableció una muestra de 30 personas, tomando en cuenta lo siguientes criterios: personas de ambos sexos, con edades comprendidas entre 20 a 30 años que tengan los medios y conocimiento para realizar una videoconferencia.

Luego de haber realizado las evaluaciones psicológicas, las personas llenaron una encuesta donde señalaron los niveles de comodidad, satisfacción, facilidad y seguridad que sintieron en las dos formas de evaluación.

A continuación presentamos los resultados de las encuestas sobre la evaluación psicológica por videoconferencia:

3.1. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA A TRAVÉS VIDEOCONFERENCIA

Gráfico 1 Comodidad durante la evaluación psicológica por videoconferencia



En el gráfico 1 podemos evidenciar los resultados sobre comodidad durante la evaluación psicológica por videoconferencia, donde los evaluados eligieron la opción muy cómodo en un 52 % y en un 48% la opción de cómodo.

Gráfico 2 Comodidad con el ambiente durante la videoconferencia



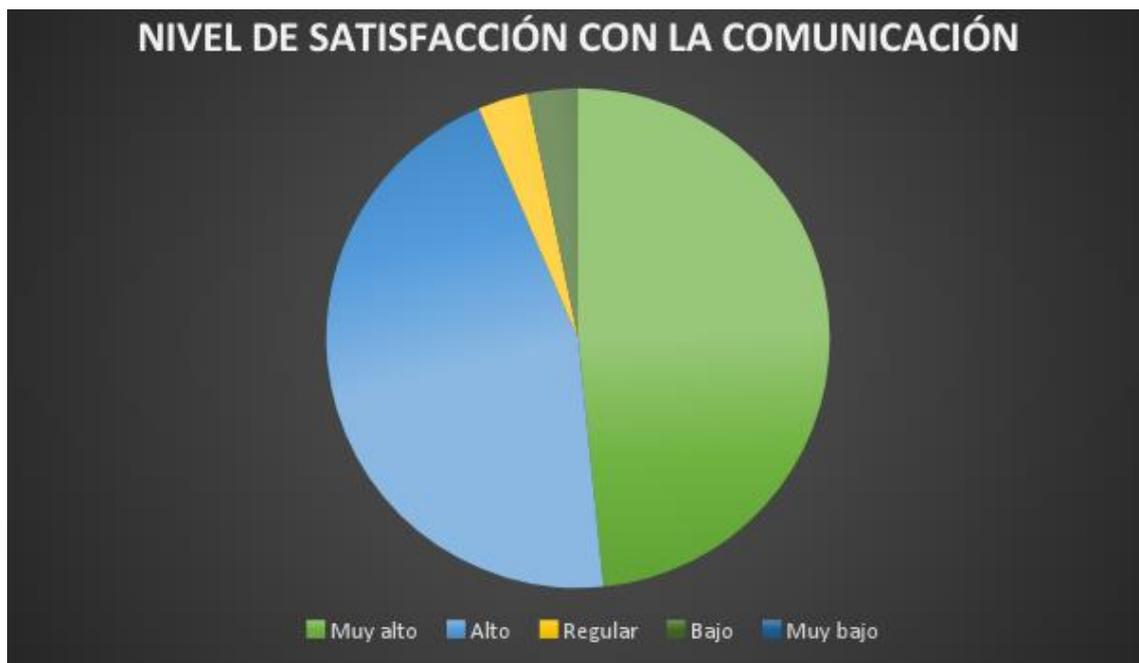
Con respecto a la comodidad que sintieron con relación al ambiente de la evaluación durante la videollamada, el 54.8% sintió que era muy confortable, el 29% confortable y el 16.2% de los evaluados lo percibieron como regular por pequeños problemas en el audio e imagen durante la videollamada.

Gráfico 3 *Fluidez en la comunicación durante la evaluación psicológica por videoconferencia*



En este gráfico podemos observar que con respecto a la comunicación durante la evaluación psicológica a través de videollamada el 51% sintieron que siempre fue fluida y el 48.4% señalaron la opción casi siempre, esto a consecuencia de los inconvenientes en el audio durante la entrevista.

Gráfico 4 Nivel de satisfacción con la comunicación por videoconferencia



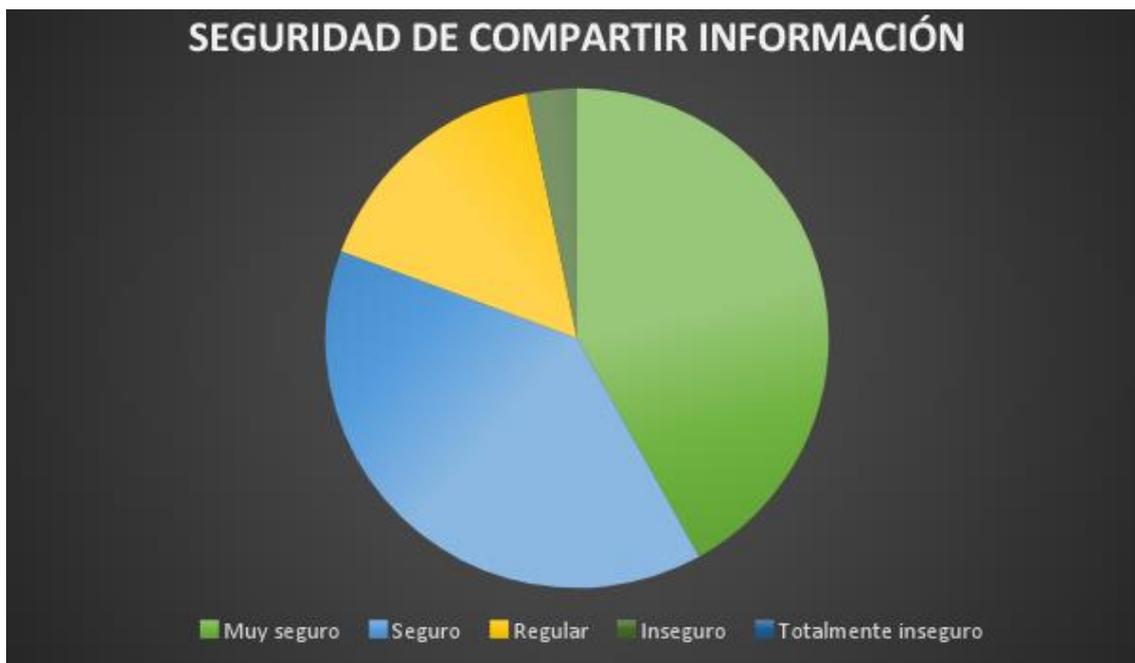
Con respecto a la satisfacción de la comunicación en el transcurso de la entrevista el 48.4% sintió que era muy alto, el 45.2% sintió que era alto, el 3.2% sintió que era regular y el restante 3.2% sintieron que fue bajo, por los inconvenientes presentados en el audio e imagen de la videollamada.

Gráfico 5 Satisfacción del medio para la evaluación psicológica por videoconferencia



El gráfico 6 representa el nivel de satisfacción con el medio utilizado para la evaluación, donde los evaluados expresaron en un 38.7% que fue muy satisfactorio, en un 41.9% que fue satisfactorio, en un 16.1% que fue medianamente satisfactorio y el 3.2% que fue poco satisfactorio.

Gráfico 6 Seguridad de compartir información por videoconferencia



En esta ilustración se evidencia la seguridad que sintieron los evaluados al compartir información por videoconferencia. Ellos manifestaron en un 41.9% que se sintieron muy seguros, en un 38.7% que se sintieron seguros, en un 16.1% que el nivel de seguridad era regular y el 3.2% que se sentían poco seguros.

Gráfico 7 Percepción sobre la atención recibida por videoconferencia



Con respecto a si el evaluado sintió que le prestaron la debida atención, ellos expresaron en un 64.5% que siempre, en un 29% que casi siempre y en un 6.5% que en ocasiones.

Gráfico 8 Facilidad en la realización del test por videoconferencia



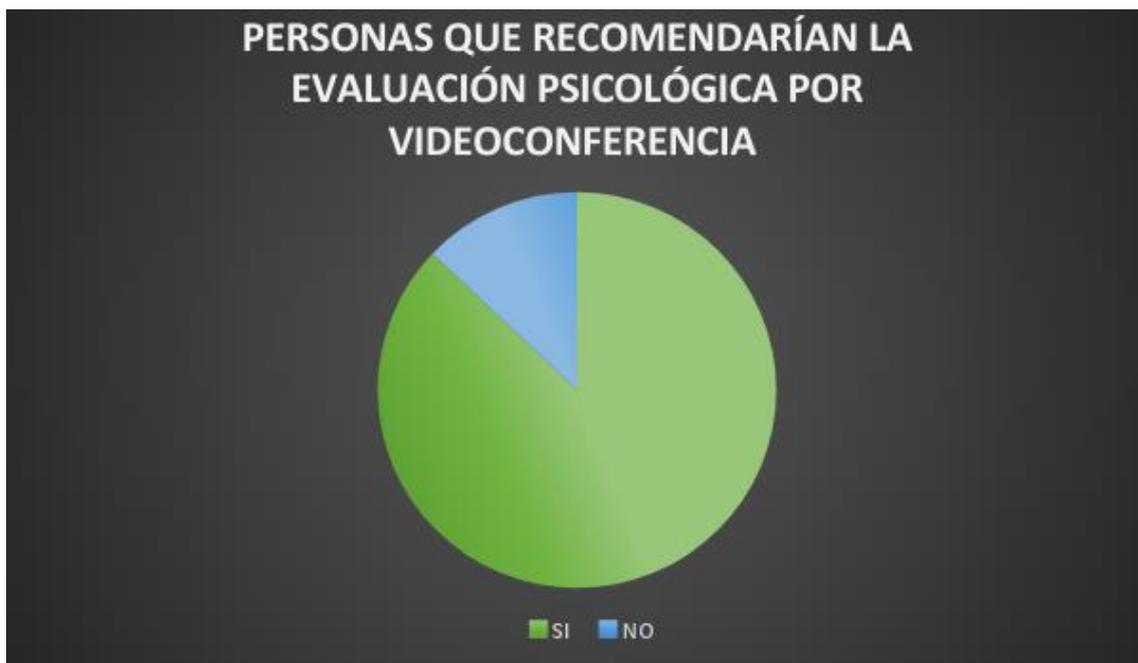
El gráfico 9 muestra la facilidad de los evaluados para realizar el test a través de videollamada. Los participantes manifestaron en un 61.3% que fue muy fácil, en un 29% que fue fácil, en un 6.5% que la facilidad fue regular y un 3.2% que fue difícil.

Gráfico 9 Comodidad En la realización del test por videoconferencia



Con relación a la comodidad para realizar el test a través de videoconferencia, el 58% manifestó sentirse muy cómodo, el 35.5% cómodo y el 6.5% regular

Gráfico 10 Recomendación de videoconferencia para evaluación psicológica



El gráfico 11 tenemos la representación de las personas que sí recomendarían este método de evaluación en un 87.1% y las que no recomendarían este método de evaluación en un 12.9%

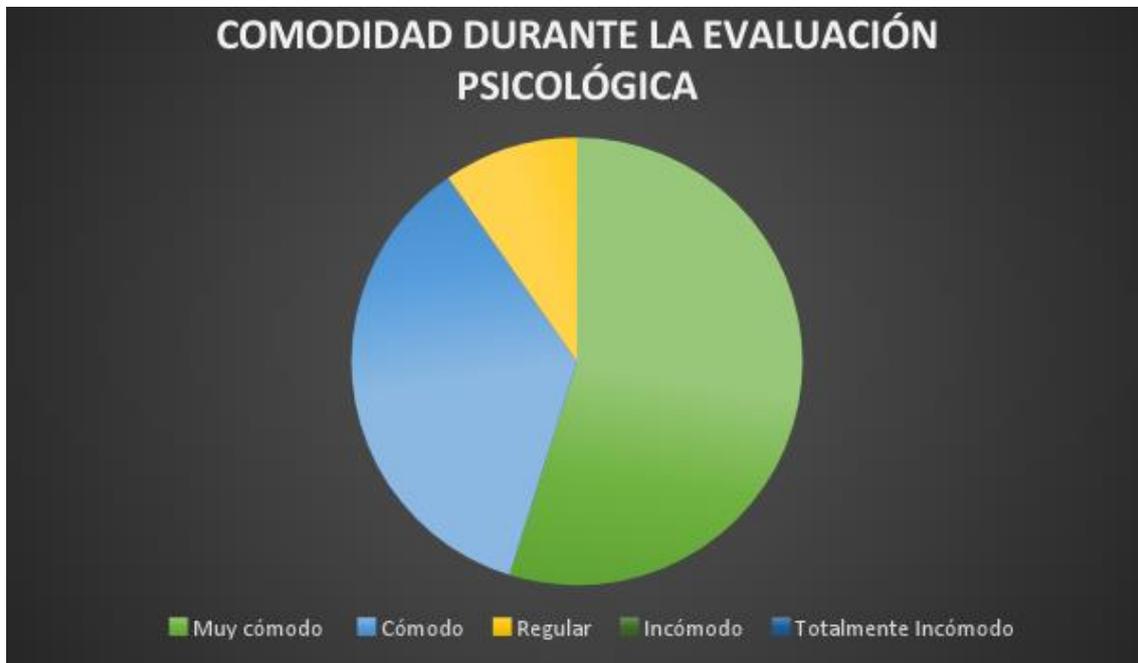
Gráfico 11 Personas que volverían a tener una evaluación psicológica por videoconferencia



En este gráfico se muestra que el 80.6% de las personas volverían a tener una evaluación psicológica de este tipo, por el contrario el 19.4% no desearían tener una evaluación por videoconferencia.

3.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PERSONAL

Gráfico 12 Comodidad durante la evaluación psicológica personal



En este gráfico se observa los resultados de qué tan cómodos se sintieron los evaluados durante la evaluación psicológica personal, el 55% manifestó sentirse muy cómodo, el 35% cómodo y el 10% regular.

Gráfico 13 Comodidad con el ambiente durante la evaluación psicológica personal



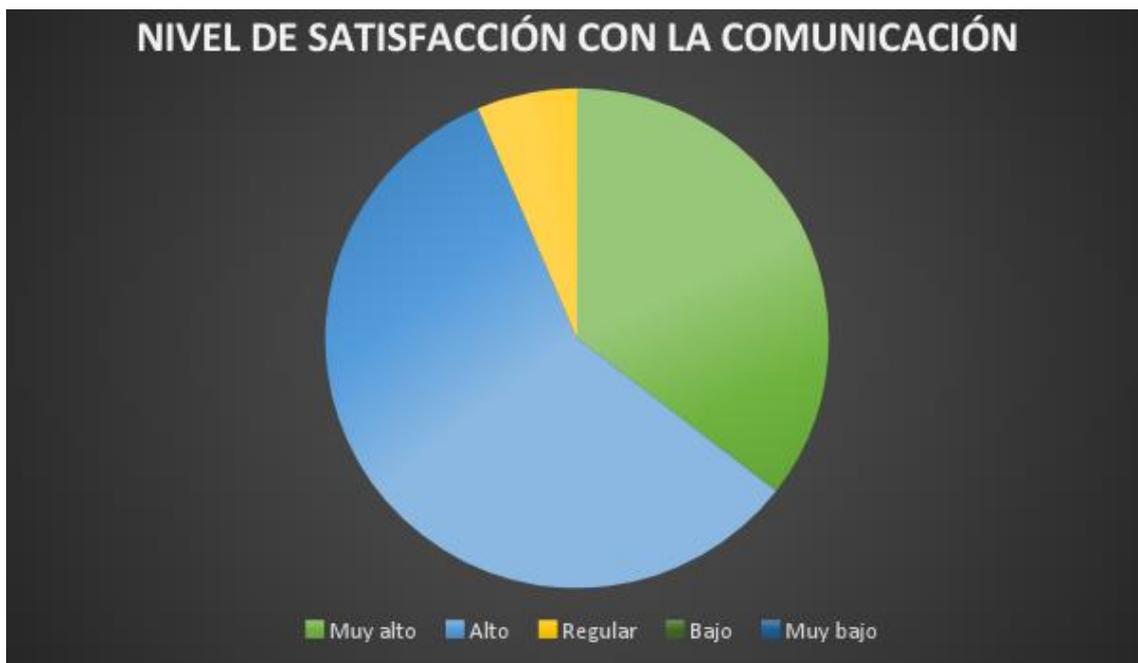
Con respecto a la comodidad que sintieron con relación al ambiente de la evaluación personal, el 55% sintió que era muy confortable, el 42% confortable y apenas del 3% regular,

Gráfico 14 *Fluidez en la comunicación durante la evaluación psicológica personal*



En este gráfico se observa que el 55% de los evaluados sintieron que siempre hubo fluidez en la comunicación, mientras que el 45% sintió que casi siempre se presentó una comunicación fluida.

Gráfico 15 Nivel de satisfacción con la comunicación personal



El 58% indicó que el nivel de satisfacción en la comunicación durante la evaluación psicológica personal fue alto, el 36% señaló la opción de muy alta y el 6% sintió que la comunicación fue regular, por ser la primera sesión y no sentirse aun totalmente relajados.

Gráfico 16 Satisfacción del medio para la evaluación Psicológica personal



Con relación a la satisfacción del medio personal para la evaluación psicológica el 45% manifestó que es un método muy satisfactorio, al igual que otro 45% indicó que es satisfactorio y el 10% señaló que es un método medianamente satisfactorio.

Gráfico 17 Seguridad al compartir información en la evaluación psicológica personal



El gráfico 18 se refiere al nivel de seguridad al compartir información, a lo que los participantes expresaron en un 58.1% que se sintieron muy seguros, en un 35.5% se sintieron seguros y en un 6.5% regular.

Gráfico 18 Percepción sobre la atención recibida en la evaluación psicológica personal



De acuerdo a la percepción sobre la atención recibida, el 77.4% sintió que siempre se le prestó atención y el 22.6% sintió que casi siempre.

Gráfico 19 Facilidad en la realización del test en la evaluación psicológica personal



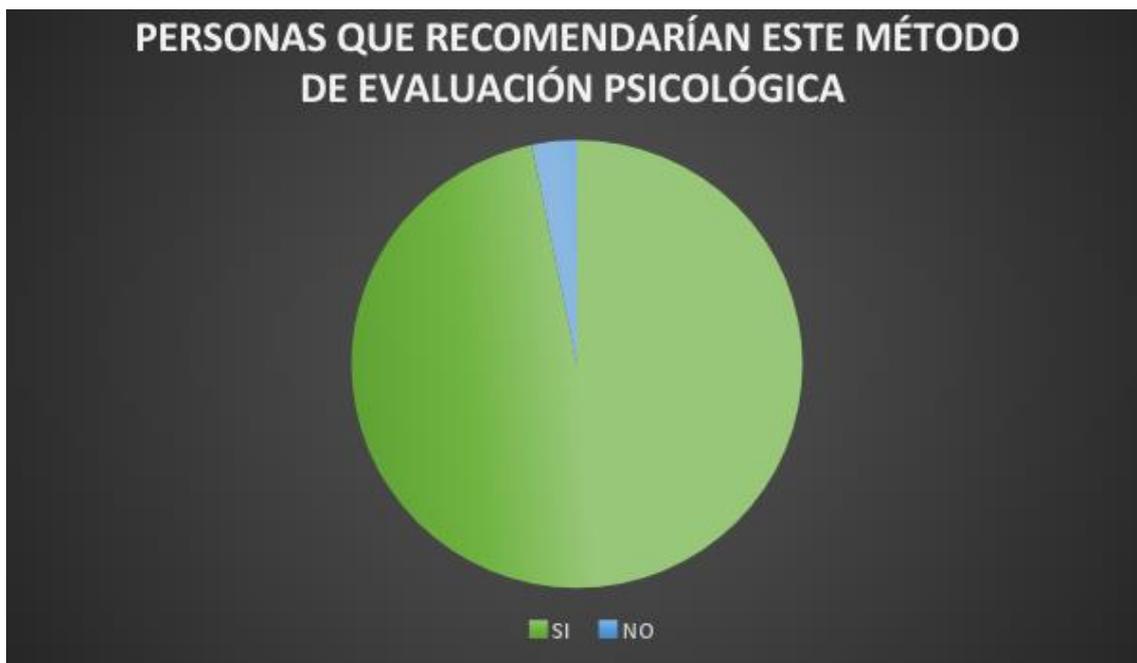
En esta ilustración se revela que el 74.2% de los participantes expresó que fue muy fácil realizar el test y el 25.8% manifestó que fue fácil

Gráfico 20 Comodidad en la realización del test en la evaluación psicológica personal



Con respecto a la comodidad al momento de realizar el test el 64.5% se sintió muy cómodo, el 32.3% cómodo y el 3.2% regular

Gráfico 21 Personas que recomendarían la evaluación psicológica personal



El gráfico 11 tenemos la representación de las personas que sí recomendarían este método de evaluación en un 96.8% y las que no recomendarían este método de evaluación en un 3.2%

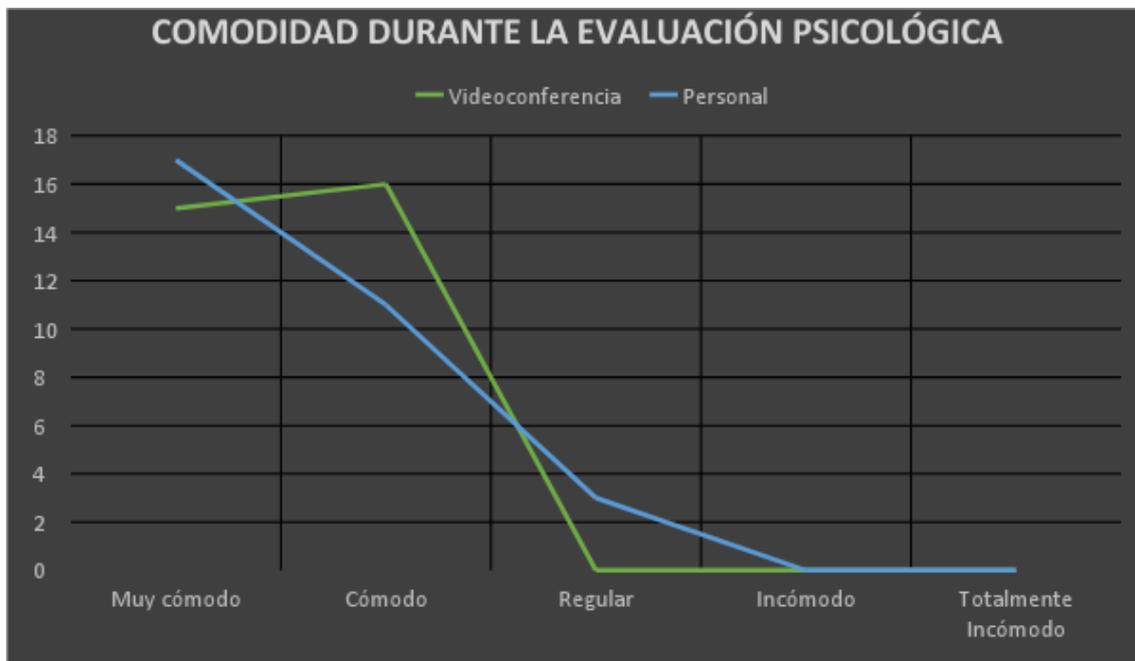
Gráfico 22 Personas que volverían a tener una evaluación psicológica personal



En este gráfico se muestra que el 96.8% de las personas volverían a tener una evaluación psicológica de este tipo, por el contrario el 3.2% no volverían a tener una evaluación por videoconferencia.

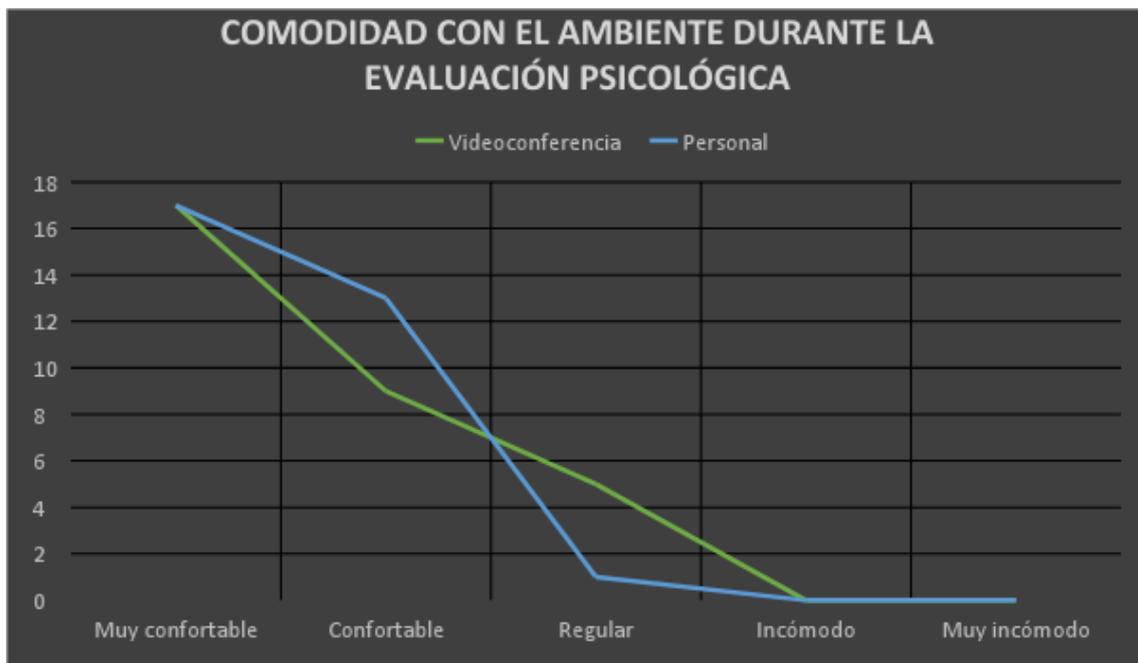
3.3. COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PERSONAL Y POR MEDIO DE VIDEOCONFERENCIA

Gráfico 23 Comparación de comodidad durante la evaluación psicológica



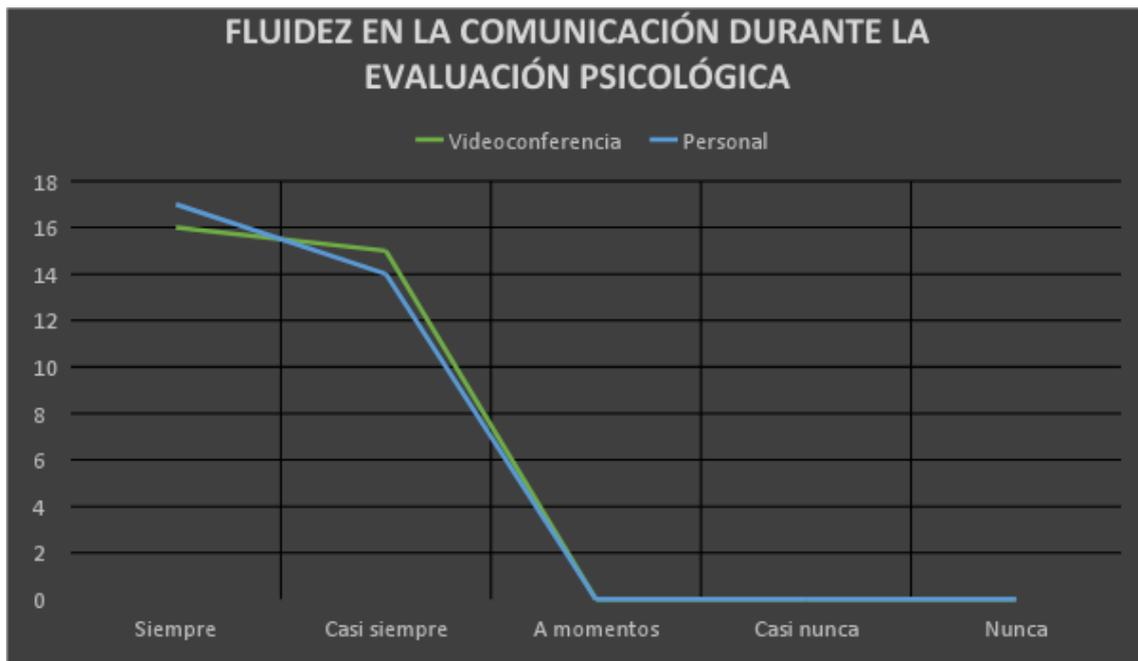
Esta gráfica se refiere a la comodidad durante la evaluación comparando los dos métodos empleados. En la primera opción de “Muy cómodo” la personal supera al medio electrónico por un 3.2%, finalmente la videoconferencia supera a la personal por 12.9% de diferencia en “Comodidad”.

Gráfico 24 Comparación de comodidad con el ambiente durante la evaluación psicológica



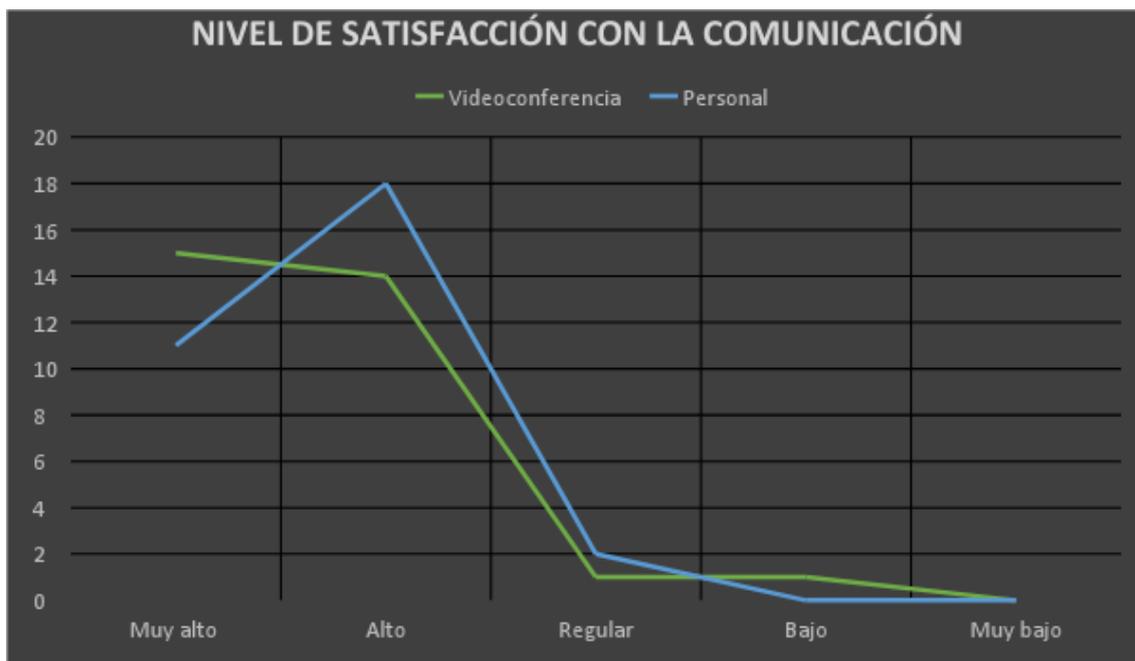
La gráfica refleja los niveles de comodidad con el ambiente durante la evaluación. En la opción “Muy confortable” vemos una igualdad entre los dos métodos y en “Confortable” la personal supera a la videoconferencia en un 12.9%

Gráfico 25 Comparación en la fluidez de comunicación durante la evaluación psicológica



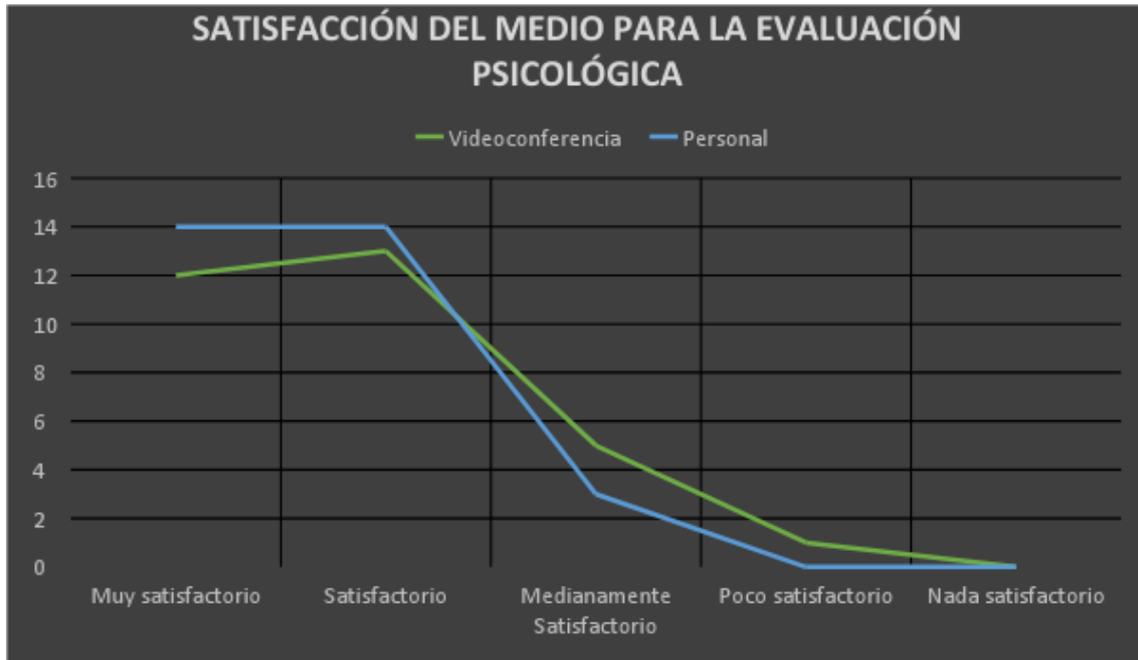
En relación a la fluidez en la comunicación, la evaluación personal supera a la videoconferencia en la opción “Siempre” en un 3.2%, viéndose por debajo en un 3.6% en la opción “Casi Siempre”

Gráfico 26 Comparación del nivel de satisfacción con la comunicación durante la evaluación psicológica



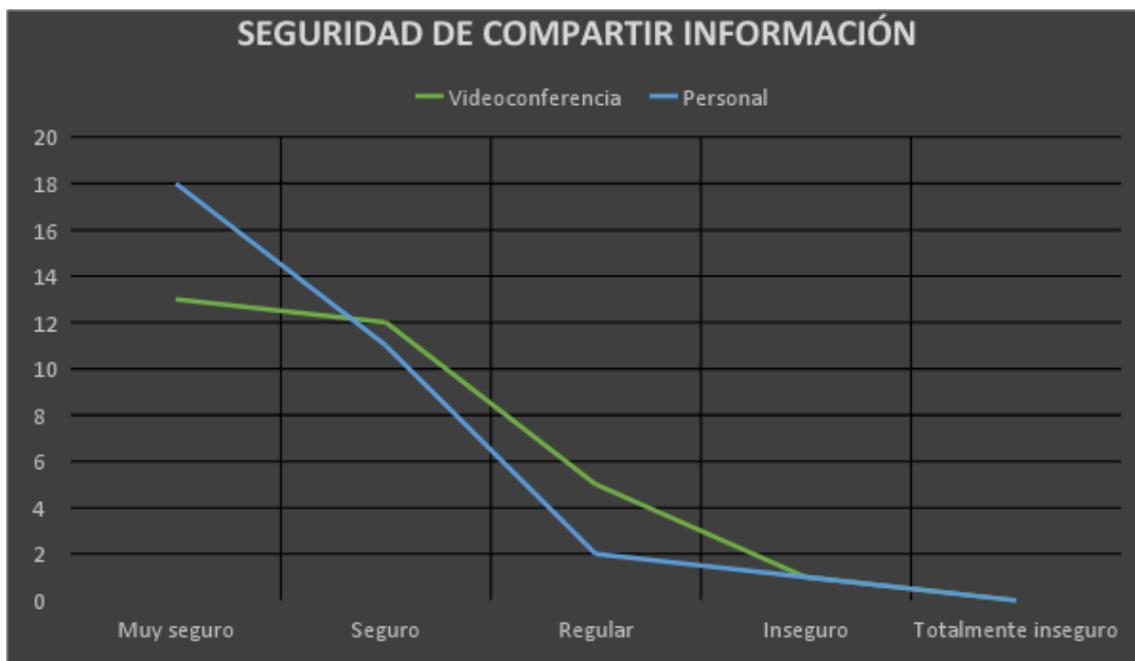
En esta gráfica 27 se muestra el nivel de satisfacción con la comunicación durante la evaluación. En la opción “Muy alto” la videoconferencia supera a la personal en un 12.9%, sin embargo se evidencia lo contrario en la opción “Alto” con una diferencia del 12.9%

Gráfico 27 Comparación de la satisfacción del medio para la evaluación psicológica



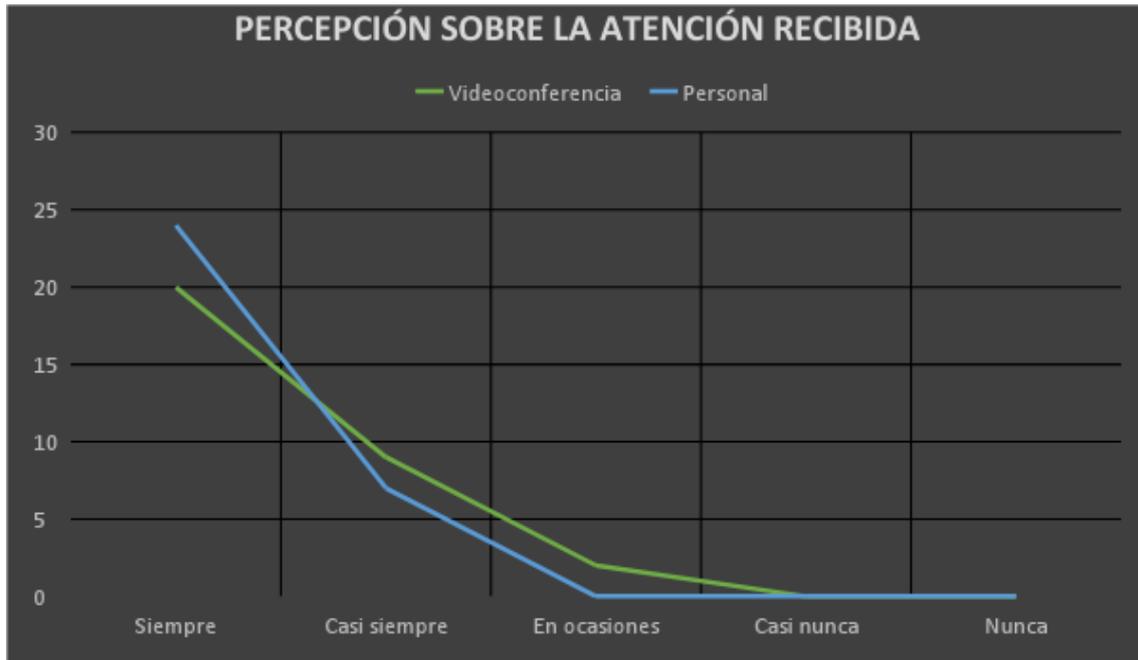
En la satisfacción del medio utilizado para la evaluación, el personal supera a la videoconferencia en la opción “Muy satisfactorio” en un 6.5% y en “Satisfactorio” por el 3.3%

Gráfico 28 Comparación de la seguridad al compartir información en la evaluación psicológica



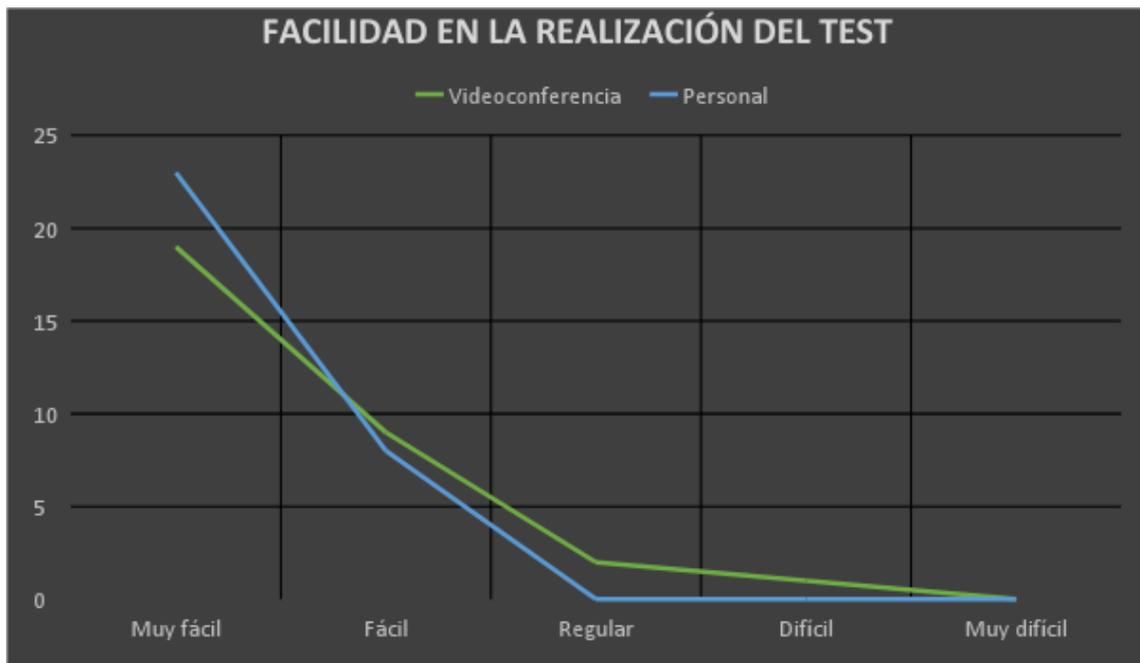
Con respecto a la seguridad al compartir información los participantes manifestaron lo siguiente: en la opción “Muy seguro” la personal supera a la videoconferencia en un 16.2%, sin embargo sucede lo contrario en la opción “Seguro” viéndose por debajo por en un 3.2%

Gráfico 29 Comparación de la percepción sobre la atención recibida



En el gráfico 30 se representa la percepción sobre la atención recibida, y se evidencia lo siguiente: en la opción "Siempre" se prestaba atención al participante, la personal supera en un 12.9%, sin embargo está por debajo en la opción "Casi siempre" en un 6.4%

Gráfico 30 Comparación en la facilidad de realización del test



Con respecto a la facilidad de realizar el test, el método personal supera al de videoconferencia en la opción “Muy fácil” en un 12.9%, sin embargo está por debajo en la opción “Fácil” apenas con un 3.2% de diferencia.

Gráfico 31 Comparación de la comodidad en la realización del test



En relación a la comodidad experimentada durante la realización del test, el método personal supera al método tecnológico en “Muy cómodo” con 6.4%, pero se ve por debajo en “cómodo” con un 3.2%

Gráfico 32 Comparación de las recomendaciones de los métodos de evaluación psicológica



En esta gráfica encontramos que los participantes recomendarían el método personal por sobre la videoconferencia con una diferencia del 9.7%

Gráfico 33 Comparación del tipo de la evaluación psicológica que volverían a tener el evaluado



Entre los dos métodos de evaluación, los participantes recomendarían el personal por sobre la videoconferencia, con una diferencia del 16.2%

3.4. MÉTODO DE PREFERENCIA PARA REALIZAR UNA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Gráfico 34 Método de preferencia para la evaluación psicológica



El gráfico final, hace referencia a la preferencia del método para la evaluación psicológica que prefieren los participantes, teniendo así un 60% de preferencia por el método personal sobre el 40% por medio de videollamada.

3.5. RESULTADOS DE LAS ESCALAS APLICADAS

Dentro de la evaluación psicológica se aplicaron dos escalas a dos grupos de 15 personas distribuidos uniformemente entre hombres y mujeres.

Al primer grupo se le aplicó primero la Escala de Depresión de Beck por medio de videoconferencia y posteriormente la Escala de Ansiedad de Ansiedad en persona, a continuación los resultados obtenidos:

Tabla 1 Resultados de la Escala de Depresión de Beck (BDI-II) por medio de videoconferencia

Evaluados	Puntaje	Equivalencia
1	2	Depresión ausente
2	0	Depresión ausente
3	2	Depresión ausente
4	0	Depresión ausente
5	5	Depresión leve
6	1	Depresión ausente
7	0	Depresión ausente
8	2	Depresión ausente
9	0	Depresión ausente
10	5	Depresión ausente
11	0	Depresión ausente
12	2	Depresión ausente
13	4	Depresión ausente
14	5	Depresión leve
15	1	Depresión ausente

15 personas fueron evaluadas con la Escala de Depresión de Beck por medio de videoconferencia, de los cuales 13 personas no presentan depresión y 2 presentan síntomas correspondientes a una depresión leve

Tabla 2 Resultados de la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) en persona

Evaluados	Puntaje	Equivalencia
1	0	Ansiedad muy baja
2	2	Ansiedad muy baja
3	3	Ansiedad muy baja
4	1	Ansiedad muy baja
5	5	Ansiedad muy baja
6	1	Ansiedad muy baja
7	2	Ansiedad muy baja
8	2	Ansiedad muy baja
9	4	Ansiedad muy baja
10	3	Ansiedad muy baja
11	0	Ansiedad muy baja
12	4	Ansiedad muy baja
13	0	Ansiedad muy baja
14	6	Ansiedad muy baja
15	1	Ansiedad muy baja

15 personas fueron evaluadas con la Escala de Ansiedad de Beck en persona, de las cuáles ninguna presenta síntomas para el diagnóstico de Ansiedad.

Al Segundo grupo se le aplicó primero la Escala de Depresión de Beck en persona y posteriormente la Escala de Ansiedad de Ansiedad por medio de videoconferencia, a continuación los resultados obtenidos:

Tabla 3 Resultados de la Escala de Depresión de Beck (BDI-II) en persona

Evaluated	Puntaje	Equivalencia
1	1	Depresión ausente
2	2	Depresión ausente
3	1	Depresión ausente
4	2	Depresión ausente
5	4	Depresión ausente
6	1	Depresión ausente
7	1	Depresión ausente
8	3	Depresión ausente
9	3	Depresión ausente
10	4	Depresión ausente
11	1	Depresión ausente
12	2	Depresión ausente
13	2	Depresión ausente
14	1	Depresión ausente
15	2	Depresión ausente

15 personas fueron evaluadas con la Escala de Depresión de Beck en persona, de las cuáles ninguna presenta síntomas para el diagnóstico de Depresión.

Tabla 4 Resultados de la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) por medio de videoconferencia

Evaluados	Puntaje	Equivalencia
1	1	Ansiedad muy baja
2	2	Ansiedad muy baja
3	1	Ansiedad muy baja
4	1	Ansiedad muy baja
5	5	Ansiedad muy baja
6	0	Ansiedad muy baja
7	1	Ansiedad muy baja
8	4	Ansiedad muy baja
9	4	Ansiedad muy baja
10	5	Ansiedad muy baja
11	2	Ansiedad muy baja
12	1	Ansiedad muy baja
13	2	Ansiedad muy baja
14	0	Ansiedad muy baja
15	1	Ansiedad muy baja

15 personas fueron evaluadas con la Escala de Ansiedad de Beck por medio de videoconferencia, de las cuáles ninguna presenta síntomas para el diagnóstico de Ansiedad.

4. CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El presente trabajo de tesis es de tipo investigativo, que busca comparar la evaluación psicológica en dos formas de aplicación, la personal frente a la realizada por medio de videoconferencia, para lo que se realizó una entrevista clínica acompañada de dos test psicológicos que son: el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck, todo esto en busca de conocer la satisfacción que sintieron los evaluados durante la evaluación en sus dos formas expuestas.

En base a los resultados obtenidos dentro de esta investigación, los participantes demostraron mayor satisfacción con la evaluación psicológica personal, sin embargo, no se descarta la posibilidad de llevar a cabo una evaluación por medio de videollamada, ya que puede ser de gran ayuda en determinadas circunstancias.

La tecnología se ha ido incorporando en varias ciencias, siendo una de ellas la psicología, en donde ha brindado varias aportaciones para determinados problemas, como los trastornos relacionados a la ansiedad para recrear situaciones y alcanzar resultados beneficiosos para el paciente. (Newman, Szkodny, Llera, & Przeworski, 2011). Por otra parte, un grupo de científicos dirigidos por Cristina Botella han creado un software llamado “Virtual & Body” que logra evaluar las distintas distorsiones de la imagen corporal. Varias asociaciones de diversos países han puesto en práctica esta alternativa, como es el caso de la asociación Asaenec (Argentina) que elaboró una aplicación gratuita en la cual se conoce el estado de ánimo del paciente, además se puede crear redes de ayuda conformadas por familiares, amigos y profesionales. La empresa Hearing Software (España) creó el dispositivo “Senda” que es diseñado para el cuidado de personas con

algún tipo de trastorno mental o de tercera edad, por lo que tiene un GPS conectado a los teléfonos de sus familiares para que puedan recibir información clave e instantánea acerca de los pacientes, asegurándose de esta manera su seguridad y bienestar. (Innovción Tecnológica al Servicio de la Salud, 2017)

La terapia móvil (mTerapia) hace referencia al uso de dispositivos móviles y sus diversas apps para servicios de salud mental, la mayoría ofrecen ayuda con el diagnóstico y seguimiento, los datos recogidos facilitan las consultas de los pacientes y ayudan al terapeuta a diseñar intervenciones específicas para cada paciente. (Aboujaoude, Salame, & Naim, 2015). Sin embargo, a pesar de los grandes beneficios que se puede obtener de este medio, existen desventajas que pueden perjudicar tanto al paciente como al proceso terapéutico como que el terapeuta no esté bien capacitado, además pueden existir malentendidos en los que sea defectuoso realizar clarificaciones, también pueden existir choques culturales, que crearía conflictos en la relación terapéutica y la desventaja que más riesgo corre es que la información sea interceptada por terceros. (Melchiori, Sansalone, & Borda, 2011)

Por otra parte, al realizar la evaluación por medio personal permite tener un contacto directo entre ambas partes, lo que puede ser positivo para establecer un buen rapport con el paciente y por ende facilitar el proceso terapéutico, además se podrá diferenciar con facilidad la actitud hacia la terapia.

La entrevista se desarrolla por medio de la comunicación que se establece entre el entrevistado y el entrevistador, por lo que llega a ser un pilar fundamental durante la entrevista. Es importante que el psicólogo identifique las claves y significados de lo que se produce de manera espontánea en las interacciones cara a cara, como es la comunicación no verbal, además el comportamiento del profesional, a través de su

lenguaje verbal y no verbal, condiciona el del entrevistado y viceversa (Perpiñá, 2012), por lo tanto, es importante que se maneje adecuadamente el proceso de la comunicación, lo que se llevará a cabo con mayor facilidad durante una evaluación psicológica personal, mientras que en una evaluación por videollamada se puede perder factores importantes, perjudicando significativamente el proceso terapéutico.

5. CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Los evaluados prefirieron la evaluación psicológica personal con un 60%, sin embargo no se descarta la evaluación por videollamada ya que un 40% de la población prefiere este método.
- En los niveles de comodidad, satisfacción, fluidez de comunicación, seguridad y facilidad en todos los aspectos de la evaluación psicológica, los evaluados expresaron mediante las encuestas su satisfacción con los dos medios, sin embargo se evidenció que se sintieron mejor en los aspectos anteriormente señalados con la personal sobre la videoconferencia en un rango promedio de entre 5% a 10%.
- La evaluación psicológica por videoconferencia si puede ser aplicable como una herramienta de utilidad dentro del contexto que lo amerite, siempre y cuando se cumpla las condiciones necesarias, como es la edad entre 20 y 30 años, además del conocimiento necesario para realizar una videollamada.

5.2. Recomendaciones

Debido a la falta de información e investigación sobre el tema dentro de nuestra sociedad, se recomienda seguir con la investigación para poder complementar el estudio, por lo que se cree necesario trabajar con un número significativo de participantes que comprendan un mayor rango de edad, ya que son más las personas

que usan internet en sus actividades diarias, esto brindaría una información más significativa y confiable.

Además, se recomienda expandir la investigación sobre atención clínica por medio de la videoconferencia, utilizando otro tipo de entrevistas, aplicando diversos test, brindando atención psicológica, asesoramiento. Ofreciendo varios tratamientos y terapias para distintos tipos de problemas y trastornos, de esta manera se puede verificar la funcionalidad de esta herramienta tecnológica en nuestra sociedad.

REFERENCIAS

Bibliografía

- Aboujaoude, E., Salame, W., & Naim, L. (2015). Nuevas tecnologías y salud mental: una puesta al día. *SomaPsy*, <http://somapsy.org/nuevas-tecnologias-salud-mental/>.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). Beck Anxiety Inventory (BAI) . *Archives of General Psychiatry*.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Corporation*.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 561–571.
- Bernejo Mercader , A. (2001). Valoración y aplicación de la terapia psicológica vía internet. *Psiquiatría.com*, https://www.psiquiatria.com/psiquiatria_e_internet/valoracion-y-aplicacion-de-la-terapia-psicologica-via-internet/.
- Botella, C., & Brentón-López, J. (2014). USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 19*, 149-156.
- Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A., Quero, S., Guillén, V., & Helidoro, J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *Revista sobre la sociedad del conocimiento*.
- Brammer, L., Abrego, P., & Shostrom, E. (1993). Therapeutic counseling and psychotherapy. *Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall*.

- Caspar, F. (2004). Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy: summary and outlook. *Journal of Clinical Psychology*, 347-349.
- Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., & Riva, G. (2003). From Psychotherapy to e-Therapy: The Integration of Traditional Techniques and New Communication Tools in Clinical Settings, *Cyberpsychology and Behavior*.
<https://www.aacademica.org/000-052/48.pdf>.
- Clough, B., & Casey, L. (2011). Technological adjuncts to enhance current psychotherapy practices. *Clinical Psychology Review*, 31, 279-292.
- CUN. (2015). *Clínica Universidad de Navarra*. Obtenido de Clínica Universidad de Navarra: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/entrevista-no-directiva>
- eldiario. (7 de Abril de 2017). Innovación Tecnológica al Servicio de la Salud. *Innovación Tecnológica al Servicio de la Salud*, págs.
http://www.eldiario.es/andalucia/historiasdeluz/salud-innovacion-tecnologia-aplicaciones_moviles-enfermedades_6_630346972.html.
- Fernandez-Ballesteros. (2013). Evaluación Psicológica. *piramide*.
- Garrido, J. (2014). *Psicopedia*. Obtenido de <http://psicopedia.org/1806/medir-la-ansiedad-con-el-inventario-de-beck/>
- Ghosh, A., Marks, I., & Carr, A. (1988). Therapist contact and outcome of self-exposure treatment for phobias: a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 1327-1332.
- Ibáñez, C. (2010). *Reflexiones sobre la Evaluación Psicológica*. Guipuzkoa: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.

- Knapp, M., & Hall, J. (2002). *Nonverbal Communication in Human Interaction*. IN: Thomson Learning.
- Márquez, M. (2004). *Evaluación Psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Matus, M., Ramírez, R., Castillo, E., & Carinño, G. (2016). Salud mental y tecnologías móviles. *Frontera Norte*, 135-163.
- Melchiori, J. A., Sansalone, P. A., & Borda, T. (2011). Psicoterapias online: Aportes y Controversias Acerca del uso de los Recursos que Ofrece Internet para Psicoterapia. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, (págs. <https://www.aacademica.org/000-052/48.pdf>). Buenos Aires.
- Mikulic, I. (2011). LA EVALUACION PSICOLOGICA Y EL ANALISIS ECOEVALUATIVO. *Revista de la Universidad de Buenos Aires*.
- Miller, C. (2010). *Interviewing Strategies, Rapport, and Empathy*. Springer, Boston, MA.
- Molina, J. (1996). A. J. Toynvee y su teoría sobre la hisotira universal. *Panta Rei II*, 87-89.
- Muñiz, J. (1996). Psicometría. *UNIVERSITAS*.
- Muñoz, C. (2011). Historia de la Evaluación Psicológica. *revista de la UNED*.
- Nava, C., & Vega, Z. (2004). Piscometría y sus Orígenes Darwinianos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*.

- Newman, M. (2004). Technology in psychotherapy: an introduction. *JCLP/In Session*, 141-145.
- Newman, M., Szkodny, L., Llera, S., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 31, 89-103.
- Nimo, A. M. (2016). Apneadel sueño, la enfermedad que no te deja descansar. *El Mundo*, <http://www.innovacionensalud.elmundo.es/vida-y-bienestar/apnea-del-sueno-la-enfermedad-que-no-te-deja-descansar>.
- Opris, D., Pinteá, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, S., & Davis, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: A quantitative meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 85-93.
- Perpiña, C. (2012). *Manual de la Entrevista Psicológica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Raich, R. M. (2004). UNA PERSPECTIVA DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD DE LA IMAGEN CORPORAL. *y la comunicación en psicología clínica*, 15-27.
- Raspal, M. (2016). Avances en el diagnóstico precoz del alzhéimer. *El Mundo*, <http://www.innovacionensalud.elmundo.es/tecnologia-de-la-salud/avances-en-el-diagnostico-precoz-del-alzheimer>.
- Sanz, J., Perdigón, A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). *Clínica y Salud*, vol. 14, 249-280.
- Sanz, J., Vallar, F., de la Guía, E., & Hernández, A. (2011). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Adaptación Española. *efpa*.

Turner, W., & Casey, L. (2014). Outcomes associated with Virtual Reality in Psychological Interventions: Where Are We Now? *Clinical Psychology Review*, 34, 634-644.

Vaimberg, R. (2012). Bases de la psicoterapia e intervenciones online. 63-77.

Vargas, J. (2002). Tecnología Psicológica: El Momento de la Transición. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*,
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol5num2/TecnologiaPsicologica.htm>.

World Health Organization. (2009). Pharmacological.

Yáñez, A. (2017). Claves para el futuro de la sanidad española. *El Mundo*,
<http://www.innovacionensalud.elmundo.es/vida-y-bienestar/claves-para-el-futuro-de-la-sanidad-espanola>.

ANEXOS

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: Éste es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- 1 No me encuentro triste
 Me siento triste o melancólico
 Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
 Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo

- 2 No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
 Me siento desanimado respecto al futuro
 No tengo nada que esperar del futuro
 No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

- 3 No me siento fracasado
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
 Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)

- 4 No estoy particularmente descontento
 No disfruto de las cosas como antes
 No encuentro satisfacción en nada
 Me siento descontento de todo

- 5 No me siento particularmente culpable
 Me siento malo o indigno muchas veces
 Me siento culpable
 Pienso que soy muy malo e indigno

- 6 No me siento decepcionado conmigo mismo
 Estoy decepcionado conmigo mismo
 Estoy disgustado conmigo mismo
 Me odio

- 7 No tengo pensamientos de dañarme
 Creo que estaría mejor muerto
 Tengo planes precisos para suicidarme
 Me mataría si tuviera ocasión

- 8 No he perdido el interés por los demás
 Estoy menos interesado en los demás que antes
 He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
 He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto

- 9 Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
 Trato de no tener que tomar decisiones
 Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
 Ya no puedo tomar decisiones

- 10 No creo que mi aspecto haya empeorado
 Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
 Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
 Siento que mi aspecto es feo y repulsivo

- 11 Puedo trabajar igual de bien que antes
 Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
 Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 No puedo realizar ningún trabajo

- 12 No me canso más que antes
 Me canso más fácilmente que antes
 Me canso por cualquier cosa
 Me canso demasiado por hacer cualquier cosa

- 13 Mi apetito no es peor de lo normal
 Mi apetito no es tan bueno como antes
 Mi apetito es ahora mucho peor
 He perdido el apetito

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con número de cédula _____, certifico que he sido informado con claridad de la investigación que se está llevando a cabo y autorizo a través de este documento, que se me pueda realizar una evaluación psicológica y una encuesta, así como también se pueda utilizar la información obtenida para fines académicos por parte de los estudiantes de Psicología Clínica del 10mo ciclo de la Universidad del Azuay: Paola Álvarez y Jefferson Elizalde, siempre y cuando se mantenga mi identidad en el anonimato.

Participante: _____

Ci: _____

Paola Álvarez (investigadora)

Jefferson Elizalde (Investigador)

ENTREVISTA CLÍNICA

Datos personales

Edad:

Sexo:

Fecha de Evaluación:

Motivo de consulta

Investigación

Historia familiar

Qué acontecimientos familiares marcaron su vida?

Antecedentes disfuncionales

Posee o padeció alguna enfermedad física o psicológica?

Historia personal

- * Embarazo
- * Infancia y adolescencia
- * Vida Escolar
- * Vida Sexual
- * Vida laboral
- * Vida social
- * Edad adulta

Aplicación de test

Escala de depresión de Beck (BDI)

Escala de ansiedad de Beck (BAI)

SATISFACCIÓN EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Género: _____

Edad: _____

Fecha:

Por favor, responda cada interrogante según su criterio con respecto a la evaluación psicológica a través de VIDEOLLAMADA

COMODIDAD DURANTE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

** Se sintió cómodo durante la videollamada?*

Muy cómodo

Cómodo

Regular

Incomodo

Totalmente incómodo

COMODIDAD CON EL AMBIENTE DURANTE LA VIDEOLLAMADA

** En relación al ambiente durante la videollamada (audio, imagen, iluminación, espacio y ruido) usted considera que éste es:*

Muy Confortable

Confortable

Regular

Incomodo

Muy incómodo

FLUIDEZ EN LA COMUNICACIÓN DURANTE LA EVALUACIÓN

** Sintió que la comunicación con el terapeuta fue fluida durante la entrevista a través de videollamada?*

Siempre

Casi siempre

A momentos

Casi Nunca

Nunca

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA COMUNICACIÓN

**** Cuál fue el nivel de satisfacción de la comunicación en el transcurso de la entrevista través de videollamada?***

Muy alto

Alto

Regular

Bajo

Muy Bajo

SATISFACCIÓN CON EL MEDIO UTILIZADO PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

**** El medio para la realización de la entrevista fue satisfactorio para Ud. A través de videollamada?***

Muy satisfactorio

Satisfactorio

Medianamente satisfactorio

Poco satisfactorio

Nada satisfactorio

SEGURIDAD DE COMPARTIR INFORMACIÓN

**** Me sentí seguro al compartir información personal a través de videollamada?***

Muy seguro

Seguro

Regular

Inseguro

Totalmente inseguro

PERCEPCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA

**** Sintió que se le prestó la debida atención durante la entrevista a través de videollamada?***

Siempre

Casi siempre

En ocasiones

Casi Nunca

Nunca

FACILIDAD EN LA REALIZACIÓN DEL TEST

**** Le fue fácil realizar el test en la evaluación por videollamada?***

Muy cómodo

Cómodo

Regular

Mal

Muy mal

COMODIDAD EN LA REALIZACIÓN DEL TEST

**** Qué nivel de comodidad sintió al momento de realizar el test durante la evaluación psicológica personal?***

Muy cómodo

Cómodo

Regular

Mal

Muy mal

RECOMENDACIÓN DEL MÉTODO DE EVALUACIÓN

**** Recomendaría a otra persona este método de evaluación?***

Si

No

PERSONAS QUE VOLVERÍAN A TENER UNA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE ESTE TIPO

**** Volvería a tener una evaluación psicológica de este tipo?***

Si

No

SATISFACCIÓN EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Género: _____

Edad: _____

Fecha:

Por favor, responda cada interrogante según su criterio con respecto a la evaluación psicológica PERSONAL en el consultorio

COMODIDAD DURANTE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

** Se sintió cómodo durante la evaluación personal?*

Muy cómodo

Cómodo

Regular

Incomodo

Totalmente incómodo

COMODIDAD CON EL AMBIENTE DURANTE LA VIDEOLLAMADA

** En relación al ambiente durante la evaluación personal (iluminación, espacio y ruido) usted considera que éste es:*

Muy Confortable

Confortable

Regular

Incomodo

Muy incómodo

FLUIDEZ EN LA COMUNICACIÓN DURANTE LA EVALUACIÓN

** Sintió que la comunicación con el terapeuta fue fluida durante la entrevista personal?*

Siempre

Casi siempre

A momentos

Casi Nunca

Nunca

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA COMUNICACIÓN

**** Cuál fue el nivel de satisfacción de la comunicación en el transcurso de la entrevista personal?***

Muy alto

Alto

Regular

Bajo

Muy Bajo

SATISFACCIÓN CON EL MEDIO UTILIZADO PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

**** El medio para la realización de la entrevista personal fue satisfactorio para Ud.?***

Muy satisfactorio

Satisfactorio

Medianamente satisfactorio

Poco satisfactorio

Nada satisfactorio

COMUNICACIÓN: TRANSMITIR EL MENSAJE

**** Le fue fácil transmitir el mensaje que deseaba a través de la entrevista personal?***

Totalmente Fácil

Fácil

Regular

Difícil

Muy difícil

COMUNICACIÓN: EL ENTIENDIMIENTO DEL OTRO SOBRE LO QUE SE COMUNICA

**** Cree que el terapeuta entendió lo que Ud. Quería expresar a través de la entrevista personal?***

Muy de acuerdo

De acuerdo

Indiferente

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

SEGURIDAD DE COMPARTIR INFORMACIÓN

**** Me sentí seguro al compartir información personal a través de la entrevista?***

Muy seguro

Seguro

Regular

Inseguro

Totalmente inseguro

PERCEPCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA

**** Sintió que se le prestó la debida atención durante la entrevista personal?***

Siempre

Casi siempre

En ocasiones

Casi Nunca

Nunca

FACILIDAD EN LA REALIZACIÓN DEL TEST

**** Le fue fácil realizar el test en la evaluación personal?***

Muy cómodo

Cómodo

Regular

Mal

Muy mal

COMODIDAD EN LA REALIZACIÓN DEL TEST

**** Qué nivel de comodidad sintió al momento de realizar el test durante la evaluación personal?***

Muy cómodo

Cómodo

Regular

Mal

Muy mal

RECOMENDACIÓN DEL MÉTODO DE EVALUACIÓN

*** Recomendaría a otra persona este método de evaluación?**

Si

No

REPETIR EL MÉTODO DE EVALUACIÓN

*** Volvería a tener una evaluación psicológica de este tipo?**

Si

No

PREFERENCIA

*** Qué método de evaluación prefiere usted?**

1. Videollamada

2. Personal