

Manual práctico
de Evaluación
psicológica clínica



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Manual práctico de Evaluación psicológica clínica

Manuel Muñoz



Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Diseño de cubierta: Pablo Montalbán

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos, en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Manuel Muñoz

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-975695-0-7

Impreso en España- Printed in Spain

*A la profesora María Luisa de la Puente,
a Marisa,
en su memoria*

Índice

1. Introducción al proceso de Evaluación Psicológica Clínica (EPC)	11
1.1. Breve introducción histórico-conceptual a la EPC	11
1.1.1. Desarrollo de la Psicopatología y del Psicodiagnóstico, 12.	
1.1.2. Desarrollo de las principales escuelas psicológicas, 13.	
1.1.3. Desarrollo de la teoría psicométrica y de la medida en Psicología, 15.	
1.1.4. Desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso, 16.	
1.2. Fundamentos básicos del proceso de EPC	17
1.2.1. Punto de partida metodológico, 17.	
1.2.2. Tipo de información necesaria, 20.	
1.2.3. Las pruebas de evaluación psicológica en el proceso de EPC, 21.	
1.2.4. La relación terapéutica a través del proceso de evaluación: las habilidades en función del paciente, 26.	
1.2.5. El estilo del terapeuta, 28.	
1.3. Ejes de actividad, momentos y tareas en el proceso de EPC: un modelo integrador	29
1.3.1. Análisis descriptivo, 31.	
1.3.2. Diagnóstico, 32.	
1.3.3. Análisis funcional y formulación, 33.	
1.3.4. Diseño del tratamiento, 35.	
1.3.5. Evaluación del cambio, 35.	
1.3.6. Informes y devolución de información, 36.	
Resumen	36
Preguntas de autoevaluación	39
2. La exploración inicial	41
2.1. Objetivos y funciones del primer contacto	41
2.2. La exploración inicial	44
2.2.1. Observación, 45.	
2.2.2. Conversación, 46.	
2.2.3. Exploración, 49.	
2.3. Miniexamen del estado mental (Mini-mental)	51
2.4. Motivo de consulta	53

Resumen	54
Exposición de un caso clínico	56
Preguntas de autoevaluación	57
3. Evaluación para el diagnóstico	59
3.1. El diagnóstico en el proceso de evaluación clínica	59
3.2. Sistemas de diagnóstico actuales: DSM-IV-TR y CIE-10	63
3.3. Formas de proceder en el diagnóstico de los trastornos mentales	66
3.3.1. Cuestionarios, 66. 3.3.2. Entrevistas estructuradas, 70. 3.3.3. Entrevistas semiestructuradas, 76.	
3.4. El diagnóstico a través de la evaluación clínica	82
Resumen	83
Exposición de un caso clínico	85
Preguntas de autoevaluación	93
4. Evaluación para el tratamiento I: análisis descriptivo	95
4.1. Identificación de problemas	96
4.1.1. ¿Qué son los problemas?, 97. 4.1.2. Formas (técnicas) de identificar problemas, 98. 4.1.3. La lista de problemas, 112.	
4.2. Análisis de secuencias	114
4.2.1. Aspectos cualitativos, 116. 4.2.2. Aspectos cuantitativos, 118. 4.2.3. Formas (técnicas) de recoger información sobre secuencias, 123.	
4.3. Análisis del desarrollo	129
4.3.1. Etiología y curso de los problemas, 129. 4.3.2. Formas (técnicas) de recoger información sobre el inicio y el curso de los problemas, 133.	
4.4. Variables de la persona	138
4.4.1. Variables relacionadas con el problema, 139. 4.4.2. Variables relacionadas con la intervención, 143.	
4.5. Variables del contexto	144
4.5.1. Condiciones físicas, 145. 4.5.2. Condiciones sociales, 148. 4.5.3. Sucesos vitales estresantes, 151.	
Resumen	153
Exposición de un caso clínico	157
Preguntas de autoevaluación	167
5. Evaluación para el tratamiento II: análisis funcional y formulación clínica	169
5.1. Relaciones funcionales y causales	174
5.1.1. Condiciones y tipos de las relaciones causales, 176. 5.1.2. Límites de las relaciones causales, 178.	

5.2. El análisis funcional de los problemas: hipótesis de origen y mantenimiento de cada problema	182
5.3. La formulación clínica del caso	185
5.3.1. <i>Formulación a partir de modelos psicológicos de trastornos</i> , 185. 5.3.2. <i>Modelos generales de formulación clínica</i> , 189.	
5.4. El contraste de las hipótesis	200
5.4.1. <i>Contraste experimental y cuasiexperimental</i> , 202. 5.4.2. <i>Contraste correlacional</i> , 203.	
5.5. La devolución de información al paciente	207
Resumen	209
Exposición de un caso clínico	213
Preguntas de autoevaluación	219
6. <i>Apuntes para el diseño del tratamiento</i>	221
6.1. Objetivos de la intervención	223
6.2. Diseñando un tratamiento	224
6.2.1. <i>Elección de variables sobre las que intervenir</i> , 225. 6.2.2. <i>Selección de las técnicas</i> , 230. 6.2.3. <i>Temporización del tratamiento</i> , 233.	
Resumen	234
Exposición de un caso clínico	236
Preguntas de autoevaluación	239
7. <i>Evaluación de seguimiento y resultados</i>	241
7.1. Características, funciones y estrategias de la evaluación durante el tratamiento	242
7.1.1. <i>Indicadores del cambio</i> , 245. 7.1.2. <i>Entrevista: preguntas relativas al cambio</i> , 245. 7.1.3. <i>Cuestionarios, inventarios y escalas</i> , 246. 7.1.4. <i>Autorregistro continuado</i> , 247. 7.1.5. <i>Informes de terceras personas</i> , 248. 7.1.6. <i>Instrumentos compuestos</i> , 248. 7.1.7. <i>Otras medidas del cambio</i> , 250.	
7.2. Reformulación del caso	250
7.2.1. <i>Reformulación ante un fracaso en el tratamiento</i> , 251. 7.2.2. <i>Reformulación durante un tratamiento exitoso</i> , 251.	
7.3. Evaluación de la efectividad del tratamiento	252
7.3.1. <i>Domínios de evaluación</i> , 255. 7.3.2. <i>Informantes</i> , 258. 7.3.3. <i>Instrumentos de medida</i> , 260. 7.3.4. <i>Temporización de la medida</i> , 262.	
Resumen	264
Exposición de un caso clínico	266
Preguntas de autoevaluación	269

8. Material para el terapeuta	271
Cuestionario de admisión	272
Guía de entrevista clínica general (Muñoz, 2001)	273
Cuestionario breve de salud del paciente (PHQ) (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999)	276
PHQ, cuestiones para abordar en la entrevista posterior (segunda fase)	279
Examen Mini-mental (Folstein <i>et al.</i> , 1975; versión de Lobo <i>et al.</i> , 2002).....	281
Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2002)	284
Normas para el uso de autorregistros	289
Escala de acontecimientos diarios molestos (Kanner <i>et al.</i> , 1981)	291
Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo (Kanner <i>et al.</i> , 1981)	296
Entrevista de devolución de información (a partir de Turkat, 1986)	301
Normas para la redacción de informes	302
Esquema de informe clínico	303
Escala de evaluación del funcionamiento global (EEFG) (DSM-IV-TR, APA, 2000)	304
Escala breve de evaluación de la discapacidad de la OMS (WHO DAS-S) (OMS, 1997)	305
Calidad de vida (QOL) (Baker e Intagliata, 1982)	307
Clave de respuestas	309
Lecturas recomendadas y bibliografía	311

1

Introducción al proceso de Evaluación Psicológica Clínica (EPC)

En todos los tiempos y en todas las culturas los seres humanos ponen en marcha acciones encaminadas a identificar, clasificar y predecir los comportamientos de los demás. De igual manera, todas las construcciones culturales incluyen sus propias definiciones de trastorno mental o comportamiento desviado o patológico. Finalmente, algunas culturas han conseguido desarrollar teorías de la medida aplicables, de una u otra forma, al comportamiento humano. Desgraciadamente, en la mayoría de los casos la capacidad predictiva y explicativa del comportamiento ha resultado muy pobre, por no decir nula. ¿Qué hace que la situación actual en el entorno occidental hayan aumentado, quizás por primera vez, las posibilidades predictivas y explicativas de forma espectacular?, ¿qué técnicas se emplean para recoger la información necesaria?, ¿cómo se aplican los conocimientos de las distintas disciplinas implicadas para hacer un diagnóstico?, ¿cómo se interpreta la información disponible en cada caso?, ¿cómo se planifica un tratamiento? Las respuestas a este tipo de preguntas no son ni mucho menos sencillas y, desde luego, no pueden simplificarse en una sola frase, por muy brillante que ésta pueda ser. En el presente volumen se trata de ofrecer una panorámica sencilla pero rigurosa que ayude al estudiante y al profesional de la salud mental a entender mejor las razones que sustentan el proceso de Evaluación Psicológica Clínica (EPC) y a avanzar en su aplicación cotidiana en la clínica psicológica y de salud mental. Para ello se realiza en primer lugar un breve acercamiento histórico y conceptual al proceso de EPC, posteriormente, se repasan las principales tareas propias de la EPC: exploración inicial, evaluación para el diagnóstico, evaluación para el tratamiento –incluyendo la planificación del mismo– y evaluación del cambio producido durante y tras el tratamiento.

1.1. Breve introducción histórico-conceptual a la EPC

Nunca es sencillo, y casi siempre resulta incorrecto, recoger en una visión lineal el desarrollo de un ámbito o disciplina del conocimiento que con frecuencia avanza a saltos, sigue

diferentes derroteros en distintos ámbitos culturales y generalmente avanza caóticamente más que en línea recta. Mucho más compleja es la tarea de resumir ese caos aparente en unas pocas líneas introductorias de un texto como éste. Aun así, debe reconocerse la enorme labor realizada en este sentido por otros autores dentro y fuera de nuestro país, a los que el lector puede dirigirse para un estudio de mayor alcance sobre este tema (Fernández Ballesteros, 1996; Silva, 1989; Rush, Pincus, First *et al.*, 2000; Anastasi y Urbina, 1997). Teniendo esto en cuenta, ha resultado sencillo esquivar la tentación de presentar un esquema de fechas y hechos históricos que pareciera sobresimplificar la situación. Tampoco es fácil ni útil resumir el devenir histórico de los últimos milenios y, en especial, de los últimos siglos en unas pocas páginas. Ni siquiera se puede pretender hacer una visión exhaustiva de la disciplina que, al exponer todos los hechos, dé cuenta de su desarrollo y estado actual. Debemos conformarnos con señalar algunos sucesos, desarrollos tecnológicos y avances científicos que, desde mi modo de ver, nos sitúan en un punto óptimo para emprender la serie de complejas tareas necesarias para cumplir los objetivos del proceso de EPC.

Aunque los orígenes de las actividades de EPC pueden encontrarse en las culturas antiguas y en las contemporáneas con menor desarrollo científico y tecnológico, en nuestro caso vamos a centrarnos en los hechos que pueden tener mayor influencia en nuestra situación actual. Esto quiere decir que vamos a concentrarnos en los desarrollos que caen dentro de la Psicología científica y las ciencias relacionadas, dejando los avatares míticos y antropológicos para trabajos de mayor especialización. Al intentar indicar el camino seguido por la Psicología y las ciencias afines hasta llegar al estado actual en este ámbito, deben considerarse distintos aspectos o factores de influencia:

- El desarrollo de la Psicopatología, el Psicodiagnóstico y, en especial, las clasificaciones diagnósticas.
- El desarrollo de las principales escuelas psicológicas: psicoanálisis, humanista y cognitivo-conductual.
- El desarrollo de la teoría psicométrica y de la medida en Psicología.
- El desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso.

A continuación, siguiendo el excelente trabajo de Tracy D. Eells (1997) acerca del desarrollo histórico y del estado actual de la formulación de casos en Psicoterapia, repasamos brevemente los principales hechos, descubrimientos y desarrollos tecnológicos relacionados con cada uno de ellos.

1.1.1. Desarrollo de la Psicopatología y del Psicodiagnóstico

Aunque no siempre se ha considerado de esta forma, el estudio de la Psicología anormal o Psicopatología constituye sin duda uno de los pilares básicos de la EPC. De hecho, gran parte de las actividades de la EPC se centran en la observación de los problemas y trastornos de los clientes y, ocasionalmente, en su diagnóstico. Sin entrar en polémicas que podrían lle-

varnos a discusiones eternas sobre el tema, debemos reconocer que las oscilaciones de la Psiquiatría y de la Psicopatología entre los polos etiológico y descriptivo en sus clasificaciones han influido de forma determinante en los cambios producidos en los modelos de evaluación psicológica clínica. Los inicios de la Psiquiatría descriptiva de Emil Kraepelin a finales del siglo XIX y principios del XX, la visión psicosocial de Adolf Meyer y Karl Menninger y, por supuesto, la influencia freudiana al resaltar el papel del inconsciente y señalar la escasa utilidad del diagnóstico han marcado el desarrollo de la EPC. A partir de la década de los 80 del pasado siglo XX, los esfuerzos del enfoque neokraepeliano, liderado por Robert Spitzer y representado por el denominado grupo de Sant Louis (*Washington University*) y el RDC (*Research Diagnostic Criteria*) del *New York State Psychiatric Institute*, han cristalizado en las sucesivas versiones del DSM. Especialmente las dos últimas, DSM-IV y DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 1994; 2000) y la aparición de los manuales de la Organización Mundial de la Salud, CIE-9 y, de forma más precisa, CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), han marcado el devenir de la clasificación de los trastornos mentales y han influido de forma muy notoria en la EPC. La inclusión de los principios prototípicos en la clasificación y la paulatina consideración de aspectos dimensionales han ido creando la situación idónea para la aparición de un cierto consenso, al menos inicial, respecto a la conveniencia de utilizar un lenguaje común y un sistema clasificatorio compartido por todas las disciplinas implicadas en la salud mental. Sin embargo, los intentos de la *American Psychiatric Association* por sistematizar la evaluación no han alcanzado el mismo éxito. Así, la *Guía clínica para la evaluación psiquiátrica del adulto* elaborada por Fogel y Shellow en 1999 y patrocinada por esta organización podría haber significado una pauta a seguir, pero no supone más que un listado de actividades a realizar y no se puede considerar como una verdadera guía de actuación consensuada (en España ha sido publicada por Ars Medica en 2001).

Por otra parte, se han clarificado y relativizado culturalmente los criterios de normalidad y anormalidad. Theodore Millon, uno de los psicólogos más influyentes de los últimos años, nos recordaba desde Harvard la importancia de reconocer que todas las clasificaciones psicopatológicas son construcciones sociales y que, por tanto, los criterios de clasificación siempre tendrán un carácter ligado a la cultura predominante en cada momento y sociedad (Millon, 1996). En nuestro caso se han señalado como criterios algunos de los siguientes: desviación estadística de la norma; malestar personal; malestar en terceras personas o en la comunidad; violación de normas sociales; desviación de un ideal de salud mental; personalidad rígida e inflexible; pobre adaptación al estrés e irracionalidad (Millon, 1996). El efecto de este tipo de criterios sobre la EPC es evidente en la actualidad y ha contribuido a relativizar culturalmente los procesos de evaluación y tratamiento psicológicos. En los siguientes capítulos, de forma especial en el dedicado a la evaluación para el diagnóstico, se abordan más detenidamente estos puntos.

1.1.2. Desarrollo de las principales escuelas psicológicas

A pesar de la enorme influencia de los avances de la Psiquiatría y la Psicopatología en la EPC, es obvio que la mayor fuente de información y experiencia siempre será la proveniente

de la propia Psicología, considerando sus diferentes escuelas. En los últimos años la insistencia en la metodología científica y los datos empíricos parece haber ejercido un peso importante en la convergencia observada en todos los enfoques psicológicos que, sin llegar ni mucho menos a ser completa, se deja entrever como una posibilidad cierta en un futuro próximo. Resultan innumerables las aportaciones de los distintos enfoques psicológicos a la EPC, muchas asentadas y otras en completa discusión. La intención consiste en señalar solamente piezas que han resultado fundamentales en el estado actual de la EPC. De nuevo seguimos de cerca el trabajo de Eells (1997) al respecto:

- *Psicoanálisis.* Puede decirse sin temor a cometer errores o injusticias que el Psicoanálisis ha contribuido a la EPC con tres aportaciones fundamentales. La primera tiene que ver con los desarrollos teóricos del propio Freud y demás autores dinámicos. Deben destacarse los conceptos del determinismo psíquico y del inconsciente dinámico, la idiogénesis de los problemas psicológicos y la búsqueda de significado de los síntomas en la biografía de la persona, los mecanismos de defensa y la necesidad de hacer modelos estructurales de la mente, en su caso el tripartito (Yo-Ello-Super Yo). Todas ellas suponen aportaciones clave en el desarrollo de la clínica psicológica y, por tanto, de la EPC.

En segundo lugar, el enfoque dinámico ha contribuido de forma muy importante a expandir los límites constreñidos de la clínica psiquiátrica de principios del siglo XX. La evaluación se extiende durante todo el tratamiento y comienza a incluir la subjetividad de la persona y su comportamiento verbal y no-verbal durante las sesiones como fuente importante de información, aspectos clave en la actual visión de la EPC.

El tercer aspecto relevante de la aportación dinámica se centra en el énfasis del Psicoanálisis en la utilidad de los estudios de caso y en su escaso interés por el diagnóstico psicopatológico como factor explicativo del sufrimiento personal del paciente. La necesidad de contar con explicaciones individuales que confronten los esquemas generales en su aplicación personal constituye sin duda uno de los puntos fuertes de la clínica dinámica que ha influido en el proceso general de EPC actual.

- *Terapia humanista.* Las aportaciones humanistas al proceso de EPC son más limitadas y en algunos casos ciertamente controvertidas. No en vano Carl Rogers indicaba “el diagnóstico psicológico [...] es innecesario para la psicoterapia y puede llegar a ser perjudicial para el proceso terapéutico” (Rogers, 1951, p. 220). A pesar de este punto de partida tan negativo para la EPC, las aportaciones humanistas se centran en la visión del paciente como persona frente a la visión como trastorno, en la orientación hacia la situación clínica como encuentro entre personas y en el estudio de las relaciones terapeuta-cliente como parte esencial de la intervención. Las nuevas tendencias narrativas y las distintas derivaciones de las técnicas de evaluación propias del consejo psicológico son claramente deudoras de este enfoque.
- *Enfoque cognitivo-conductual.* A pesar del desinterés inicial de los enfoques conductuales por el diagnóstico, la evaluación siempre estuvo presente en las intervenciones conductuales centrada en los análisis de las contingencias actuales que pudieran

mantener el problema. Burrus F. Skinner (1953) empleó la expresión análisis funcional de la conducta para referirse a los análisis de contingencias que podían explicar el comportamiento de los animales y del ser humano. Las primeras matizaciones del enfoque conductual en su camino hacia el cognitivo-conductual incluyen los primeros modelos de evaluación conductual (Kanfer y Saslow, 1969) y, con ellos, algunos de los cimientos de la EPC actual. El énfasis ambiental y contextual inicial ha ido acompañándose progresivamente de los factores psicológicos, biológicos y, más recientemente, biográficos. La inclusión de las variables cognitivas como mediadoras y esencia de toda la experiencia humana ha supuesto la transformación del enfoque conductual en cognitivo-conductual (en distintas medidas desde lo más ambiental hasta lo más cognitivo).

Resumiendo mucho, las principales aportaciones de este grupo de autores pueden centrarse en poner el énfasis en la descripción de los comportamientos y síntomas que ya no son signo de nada oculto, sino que se configuran como el problema en sí mismo. El análisis descriptivo y gran parte de las clasificaciones psicopatológicas utilizan directamente este enfoque en sus planteamientos básicos. En segundo lugar hay que destacar cómo la importancia otorgada a las variables ambientales resitúa el foco del análisis en la interacción ambiente-persona y ayuda a incluir a terceras personas y circunstancias ambientales en la evaluación y el tratamiento. El peso de la Psicología social se hace más importante al incluir en la evaluación los aspectos psicosociales y de grupo como determinantes del comportamiento. No debe menospreciarse el papel desestigmatizador que esta perspectiva conlleva. En tercer lugar la evaluación conductual ha sentado las bases de la evaluación vista como un proceso que incluye distintas fases y tareas. Este punto se aborda más adelante con cierto detalle. En cuarto lugar los enfoques cognitivo-conductuales han puesto un acento muy importante en la necesidad del contraste empírico de los tratamientos y, aunque la evaluación no ha seguido un camino paralelo, la refrescante influencia empírica se ha dejado notar en la EPC. De hecho, el enfoque cognitivo-conductual se ha configurado como el eje organizador de toda la confluencia metodológica de la EPC al resultar este enfoque más flexible y abierto a la incorporación de experiencias y conocimientos provenientes de otros acercamientos, como por otra parte se esperaba de la aplicación del método científico. Un excelente ejemplo del papel integrador del enfoque cognitivo-conductual puede ser el ofrecido por los trabajos de Rocío Fernández Ballesteros (1980; 1996), quien ha sabido conjugar las principales aportaciones de cada enfoque en un modelo cognitivo-conductual de Psicodiagnóstico, referencia obligada en el panorama actual de la EPC.

1.1.3. Desarrollo de la teoría psicométrica y de la medida en Psicología

Después de unos inicios prácticamente independientes y en ocasiones enfrentados abiertamente, las posiciones psicométricas y clínicas comienzan a estar más próximas. La EPC que usa todo tipo de tests, cuestionarios, observaciones y, en definitiva, distintos tipos de instru-

mentos de evaluación, no podía permanecer por más tiempo ajena a la teoría sustentadora de dichas pruebas. Pero en los últimos años del siglo pasado se dio un paso de gigante en esa relación, pasando del mero conocimiento de los criterios de calidad y creación de las pruebas psicológicas a la consideración de los criterios de calidad como parte esencial de la calidad final de la evaluación psicológica (Silva, 1989).

Los conceptos de fiabilidad, validez y homogeneidad han pasado a ser parte fundamental del proceso de EPC. Las matrices multirrasgo-multimétodo (Campbell y Fiske, 1953) y la Teoría de la generalizabilidad (Cronbach *et al.*, 1972) han ocupado el lugar para el que fueron pensadas como ejes de la actividad evaluadora cotidiana. Más adelante se vuelve sobre estos aspectos de forma más detallada.

1.1.4. Desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso

Aunque pueda parecer difícil de creer, lo cierto es que la Psicología y la Evaluación psicológica en particular han prestado muy poca atención al estudio de los procesos implicados en la formulación clínica de los casos. Sólo recientemente se ha avanzado en la dirección de ofrecer esquemas teóricos útiles para la formulación clínica. Sin embargo, la investigación empírica, con contadas excepciones (afortunadamente algunas de ellas en nuestro país de la mano del grupo de la Universidad de Málaga alrededor de Gavino y Godoy), aún está por llegar.

El primer trabajo empírico que intentó demostrar la utilidad de las formulaciones clínicas de forma empírica fue publicado por Philip F. Seitz, un psicoanalista de Chicago que llevó a cabo un estudio de la convergencia de las formulaciones clínicas realizadas sobre los mismos materiales por un grupo de seis psicoanalistas a lo largo de tres años. Aunque las conclusiones resultaron bastante desfavorables para la convergencia de las formulaciones, el esfuerzo empírico quedó reflejado en algunas recomendaciones para la mejor interpretación de la información. Desde entonces más de 15 modelos distintos se han propuesto como ayuda en el proceso de formulación, la mayoría recogidos en el excelente trabajo de recopilación de Tracy D. Eells, anteriormente mencionado (Eells, 1997). Desde nuestro punto de vista deben destacarse los esfuerzos del grupo del Hospital Maudsley de Londres alrededor de Victor Meyer, divulgados por Ira D. Turkat (1985) y que ponen el énfasis en la necesidad de generar y contrastar la hipótesis de forma previa al tratamiento, la visión cognitiva de Persons (1989) a partir de los enfoques de Beck y la labor emprendida por Stephen Haynes desde su posición de director del *Psychological Assessment* de la *American Psychological Association*, para conseguir optimizar los procesos de formulación de casos con una metodología empírica y contrastable.

En definitiva, en su intento por clasificar, predecir y explicar los problemas psicológicos, la EPC integra un alto número de estrategias y conceptos desarrollados por las distintas disciplinas psicológicas durante los últimos años conformando un proceso en el que priman la metodología científica y los modelos biopsicosociales de la salud.

1.2. Fundamentos básicos del proceso de EPC

En función de lo anteriormente expuesto resulta evidente que es necesario referirse a la EPC como un proceso que implica distintos ejes, momentos y tareas, que se organiza mediante la metodología científica y que tiene como principal objetivo la planificación del tratamiento. Son tantos los autores que se han aproximado a la evaluación psicológica situando el proceso de evaluación como eje central de la misma que no merece la pena ni siquiera tratar de hacer un resumen de los principales acercamientos. Sin embargo, sí debe destacarse que afortunadamente en nuestro país contamos con los excelentes ejemplos de Rocío Fernández Ballesteros, quien viene desarrollando esta línea desde la década de los 80 del pasado siglo XX, y Fernando Silva, que ha configurado una visión quizás más metodológica pero igualmente influyente en nuestro contexto y que han situado la evaluación psicológica española en la primera línea internacional. En este sentido, es muy probable que los mayores esfuerzos de sistematización al respecto se encuentren en las conclusiones del Grupo de Trabajo GAP, que en el año 2001 publicó un esquema y unas directrices para llevar a efecto el proceso de evaluación psicológica de forma completa y adecuada (Fernández Ballesteros *et al.*, 2001).

En nuestro caso seguiremos muy de cerca algunas de las directrices dictadas por el Grupo GAP, pero siempre adaptándolas a las necesidades más clínicas del contexto de la salud mental y de los problemas psicológicos. De hecho, como ya se ha avanzado en otro lugar (Muñoz, 1995), la puesta en marcha del proceso de EPC implica la utilización de distintas técnicas, estrategias (técnicas de evaluación psicológica) y habilidades (habilidades del terapeuta) que se revisan en los siguientes apartados.

1.2.1. Punto de partida metodológico

Resaltando la orientación metodológica, debe señalarse como punto de partida la consideración de la EPC como una disciplina enmarcada dentro de la Psicología científica. Entre otras cosas, este hecho determina el esquema básico de funcionamiento que ha de guiar toda aplicación del proceso de EPC: la generación y el contraste de hipótesis. Quizás la mejor exposición de este principio orientador de la práctica sea el esquema propuesto por Carey, Flasher, Maisto y Turkat (1984), que se recoge en la figura 1.1.

Como se ha mencionado anteriormente, hay que entender las aportaciones de este grupo de autores en el marco del trabajo dirigido por Victor Meyer en el *University College of London* desde mediados de la década de los 50 hasta la actualidad. En este esquema se presenta el proceso de EPC en cuatro fases que hacen referencia directa y explícita al método científico básico. En primer lugar, se requiere una recogida de información preliminar que permita conocer (describir) el problema del paciente; en segundo lugar, se incluye una fase de desarrollo de hipótesis explicativas del problema; en tercer lugar, se someten a contraste las hipótesis planteadas en la fase anterior. Es especialmente importante señalar que este proceso de recogida de información, generación y contraste de hipótesis no se agota en un solo

ciclo. Por el contrario, los autores conciben el acercamiento como un bucle continuo que se inicia en los momentos iniciales de la primera entrevista con el paciente y que se prolonga hasta disponer de una hipótesis general explicativa, a la que denominan formulación clínica del caso.

Desde este punto de vista, la entrevista se concibe como la técnica básica para identificar los problemas, obtener la información necesaria y contrastar las primeras hipótesis. Posteriormente, para el contraste de las hipótesis globales (de formulación), pueden utilizarse otras estrategias o técnicas de evaluación psicológica (cuestionarios, tests psicométricos, etc.) que faciliten la recogida de información o planificar miniexperimentos con el mismo fin.

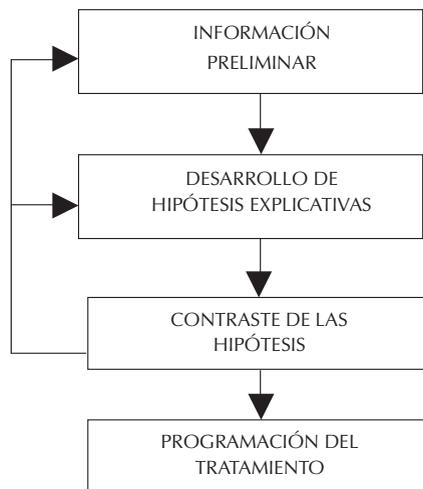


Figura 1.1. Proceso de evaluación psicológica *a priori* o pretratamiento (Carey, Flasher, Maisto y Turkat, 1984).

Solamente después de conseguir dicha formulación mediante el continuo juego de generar y contrastar hipótesis durante la entrevista, inicialmente parciales y progresivamente más generales, se programa el tratamiento. Esta propuesta, que choca frontalmente con la mayoría de las interpretaciones conductuales del proceso de EPC que proponían que el tratamiento fuera el contraste de la hipótesis de formulación, añade algunas ventajas evidentes al quehacer clínico más cotidiano, como se verá en su momento, pero además supone una aportación metodológica de máxima importancia: incluir el contraste de hipótesis en el proceso de EPC.

De esta forma, el objetivo fundamental del proceso de EPC se convierte en el de contrastar las hipótesis sobre el caso (interpretaciones o modelos) que hayan ido naciendo de la aplicación de distintas técnicas de evaluación psicológica, esencialmente la entrevista clíni-

ca. Como se verá más adelante de forma detallada, este hecho dota al proceso de EPC de una validez de constructo (de la hipótesis) muy alta. Igualmente, obliga a incluir estrategias de contraste de hipótesis en el proceso de EPC facilitando la superación del debate entre metodología experimental y correlacional en la Psicología clínica al ampliar ambas en todas las aplicaciones y ayuda a re-visitarse la importancia de los criterios de calidad de las pruebas (ahora incluidos en el proceso), aspecto siempre espinoso en las polémicas entre enfoques conductuales y psicométricos.

Sin embargo, a pesar de la enorme importancia que ha podido tener la visión apriorística del proceso de EPC comentada hasta ahora, no puede dejar de observarse que dicho modelo presenta en su exposición algunos déficit y dificultades que entorpecen su aplicación a la práctica cotidiana actual. Sin ánimo de ser exhaustivo, se presentan a continuación algunos de los aspectos más relevantes que cabe considerar:

- El nivel de detalle de la fase de recogida de información preliminar, generalmente a través de la entrevista, resulta claramente insuficiente dado el estado actual del desarrollo de técnicas y aplicaciones en la evaluación psicológica. Sería más adecuado detallar más explícitamente las tareas y los momentos de esa recogida inicial de información que, si bien puede seguir estando dirigida por un proceso continuo de generación y contraste de hipótesis, también debe disponer de objetivos parciales que permitan especificar mejor las formas de conseguir la información relevante al caso. De hecho, de forma paralela podría indicarse el tipo de información que el psicólogo tiene que buscar. En esta misma dirección se sitúa la consideración de la importancia de los criterios de calidad de las pruebas usadas para recoger información, y muy especialmente la necesidad de contar con distintas fuentes de información y diferentes metodologías de recogida para validar la información en consonancia con las matrices multi-rasgo/multi-método.
- Para alcanzar un nivel práctico, el modelo debería incluir claves para la generación de hipótesis y su posterior contraste. Pero aún más importante en esta misma línea resulta la dificultad de este modelo para articular la relación entre el concepto de problema y el de caso. Cuando el paciente sufre un solo problema el modelo funciona perfectamente pero, ¿qué pasa cuando, desgraciadamente en la mayoría de las ocasiones, el paciente tiene más de un problema? ¿Cómo se articula el paso del problema a la formulación? La resolución de esta dificultad puede venir asociada a los distintos modelos de formulación clínica que se han propuesto posteriormente. En especial parece que la propuesta de Stephen Haynes (1992) acerca de los modelos causales en Psicopatología puede convertirse en una alternativa útil para superar esta dificultad.
- El modelo, fiel a su orientación conductual, no incluye referencias directas a su relación con el diagnóstico. Sin embargo, el avance que ha supuesto la publicación de los Manuales Estadísticos y Diagnósticos de la APA (sobre todo su última versión, DSM-IV-TR) y su progresiva confluencia con los de la Organización Mundial de la Salud en su versión más reciente (CIE-10) y la enorme repercusión científica y profesional

que éstos han tenido obliga a incluir necesariamente una referencia a los mismos en cualquier modelo de EPC que pretenda tener un carácter global.

- Un modelo de EPC no puede agotarse en el diseño e inicio del tratamiento es imprescindible que la evaluación se prolongue a lo largo del tratamiento identificando el cambio o su falta y los posibles problemas que pueden aparecer durante el transcurso de la intervención. Igualmente resulta del máximo interés que la evaluación prevea la posibilidad de realizar una evaluación de la efectividad de los tratamientos una vez finalizados y con períodos de seguimiento que permitan emitir juicios clínicos sobre el impacto de la intervención completa en la vida del paciente.

En los últimos años el propio grupo del UCL, representado por los trabajos de Turkat (1985) y Bruch (1998), ha ido completando su primera propuesta pretendiendo, y en ocasiones consiguiendo, superar los problemas planteados por la formulación inicial. Ha intentado especificar algunos aspectos, pero no ha logrado proponer un modelo más abierto y ha caído en propuestas intuitivamente muy interesantes pero poco claras desde el punto de vista de los procedimientos a seguir, que siempre terminan situando la pieza clave en la habilidad y conocimientos “especiales” del evaluador. A estas alturas del desarrollo de la EPC, parece razonable que cualquier modelo actual intente ser lo más claro posible en lo referente a estrategias y métodos, de forma que pueda ser aplicado por cualquier persona con la formación adecuada, pero sin otros requisitos de especiales conocimientos, intuición, etc.

1.2.2. Tipo de información necesaria

La EPC necesita utilizar un tipo de información determinada. Evidentemente el tipo de información que interesa en cada caso depende de distintos aspectos, como la situación de evaluación, los objetivos de la misma, el sujeto de evaluación (individuos, grupos, etc.), el problema que se evalúa y un largo etcétera difícil de detallar. Sin embargo, sean cuales sean estas circunstancias aparecen unas características constantes que debe cumplir toda la información que se emplee. Destacando solamente los puntos esenciales, la información debe ser:

- *Descriptiva*: el tipo de información que interesa en la evaluación conductual ha de describir contextos, situaciones, estímulos, comportamientos (motores, fisiológicos y cognitivos) y variables de la persona y del desarrollo y los cambios que pueden ocurrir en todas ellas. Cuando se dice describir, se quiere expresar que la información debe tener el menor nivel de interpretación posible. Evidentemente, en algunos casos el nivel mínimo de interpretación ya implica alguna inferencia respecto a los acontecimientos que realmente están ocurriendo; un ejemplo puede referirse a los acontecimientos cognitivos. Como en tantas ocasiones, el hecho de disponer de una infor-

mación libre de inferencias se convierte en un fin, más que en un medio. Como consecuencia de ello, en muchas ocasiones hay que trabajar con medidas indirectas y de mayor nivel de inferencia. Siguiendo a Fernández Ballesteros (1996), pueden diferenciarse cuatro niveles de inferencia que abarcan desde el meramente descriptivo (fulanito está llorando), hasta el de mayor inferencia teórica (fulanito está deprimido por los efectos de su tríada cognitiva desajustada).

- *Relevante*: solamente debe recogerse la información que aporta o puede aportar datos útiles al planteamiento del problema. Evidentemente es difícil señalar qué datos interesan en la descripción de un problema antes de conocerlo, pero cabe suponer que los conocimientos técnicos (psicopatología, modelos explicativos, etiología, etc.) y la experiencia en problemas similares puede guiar la búsqueda. De nuevo se está ante un fin, más que ante un medio, pero no podría ser de otro modo. Las evaluaciones que recogían todo tipo de información de los sujetos sin justificación alguna han de terminar en aras de un mayor respeto a la intimidad de las personas. Baste un ejemplo: si una persona llega a la consulta y plantea un problema de miedo a montar en ascensor, ¿hasta qué punto está justificado un interrogatorio sobre su vida sexual o sus creencias religiosas, que, por otra parte, se hallan protegidas por nuestra Constitución?

1.2.3. Las pruebas de evaluación psicológica en el proceso de EPC

Para completar esta primera visión general acerca del proceso de EPC resulta imprescindible hacer al menos un breve comentario sobre el papel que desempeñan las técnicas de evaluación psicológica en él. De hecho, hasta ahora parece que la decisión sobre qué técnicas emplear en cada caso ha venido dependiendo más de la formación del evaluador en cada una de ellas o del enfoque teórico del que se partía que de los posibles problemas del paciente. La situación ha cambiado rápidamente en los últimos años; la EPC actual usa prácticamente todas las estrategias y técnicas de evaluación desarrolladas hasta el momento, siempre que cuenten con unas garantías mínimas de calidad. Esto incluye, entre otras, las estrategias verbales más tradicionales, los datos provenientes de archivos, los cuestionarios psicométricos, conductuales y psiquiátricos, las medidas de observación, los registros psicofisiológicos, los autorregistros, las técnicas subjetivas, grupales y proyectivas y, en definitiva, cualquier estrategia que ayude a recoger la información necesaria en cada momento.

A lo largo del proceso de EPC son susceptibles de ser utilizadas diversas técnicas y estrategias para conseguir los distintos objetivos de cada momento: búsqueda de información descriptiva y funcional, contraste de hipótesis, evaluación del cambio, etc. Sin embargo, la estrategia básica que sirve para dirigir y organizar todo el proceso sigue siendo, en la mayoría de las ocasiones, la entrevista. Durante los últimos 20 años, especialmente desde la aparición del DSM-III-R, el desarrollo de formatos y pautas de entrevista clínica se ha visto incrementado enormemente, disponiéndose en la actualidad de un verdadero arsenal de pautas de entrevistas generales y específicas para los diferentes trastornos. Entre ellas se incluyen pautas semies-

estructuradas, de contraste de hipótesis, de diagnóstico, autoaplicadas, etc., que permiten abordar casi cualquier problema psicopatológico con suficientes garantías de calidad. Integrando la visión de diversos autores al respecto, en el cuadro 1.1 se resumen algunas de las principales técnicas de evaluación psicológica susceptibles de ser empleadas en los procesos de EPC (para una visión más completa de los instrumentos disponibles para la evaluación en Psicología clínica consultar: Muñoz, M.; Roa, A.; Pérez Santos, E. *et al.* (2002): *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide).

Cuadro 1.1. Principales técnicas de evaluación psicológica utilizadas en la EPC.

Técnica	Tipos y ejemplos
Entrevista	Estructuradas, semiestructuradas o sin estructura. Pueden aplicarse al paciente, a la familia, a los amigos, a los profesionales, etc. Ejemplos: entrevista inicial, entrevista de devolución de información, CIDI y entrevistas de seguimiento.
Autoinformes estandarizados	Cuestionarios relacionados con distintos trastornos o variables sociales, biológicas o psicológicas. Ejemplos: cuestionarios psicométricos tradicionales, cuestionarios de <i>screening</i> psicopatológico, inventarios, etc.
Autoinformes personalizados	Medidas diseñadas para cada usuario y cada aplicación. Ejemplos: autorregistros ABC, diarios, termómetros de miedo, técnicas subjetivas, escalas de metas, etc.
Observación directa	Observación en situaciones cotidianas, en la consulta o en situaciones estandarizadas. Observación del paciente o del ambiente. Ejemplos: registros de observación de parejas, observación mediante <i>role-play</i> , BAT, etc.
Observación de productos permanentes	Observación de productos de la conducta en el ambiente. Ejemplos: acumulación de basura en casa, archivos, resúmenes de estudio, etc.
Medidas psicofisiológicas	Medidas de actividad fisiológica de la persona puestas en relación con aspectos situacionales o psicológicos. Ejemplos: tasa cardíaca en situaciones estresantes y de relajación, excitación sexual ante estímulos diversos, etc.
Pruebas cognitivas	Pruebas diseñadas específicamente para evaluar la actividad cognitiva de la persona. Ejemplos: pruebas de memoria, paradigmas experimentales para evaluar la atención, etc.
Técnicas proyectivas	Técnicas proyectivas clásicas. Ejemplos: Rorschach, pruebas de dibujo, etc.

El uso de una u otra técnica en cada proceso individual de EPC depende de distintos criterios. A continuación se hace un breve comentario sobre la aplicación de éstos en términos globales. Como se ha visto, para recoger información descriptiva y relevante se dispone de un amplio elenco de técnicas de evaluación psicológica, si bien no todas ofrecen las mismas garantías y posibilidades, aunque todas pueden ser útiles en los diferentes momentos del proceso. Intentando agrupar estos criterios, pueden realizarse tres grupos: criterios de utilidad, de calidad y económicos. Seguidamente se comenta cada uno de estos bloques.

A) Criterios de utilidad

La primera categoría de criterios para seleccionar una técnica de recogida de información es la que hace referencia a la utilidad que dicha técnica puede tener en el caso concreto que se esté evaluando. Las técnicas seleccionadas lo serán, al menos, en función de seis criterios complementarios:

- Las técnicas dependen directamente del problema a evaluar; existen instrumentos y técnicas específicamente diseñados para distintos problemas.
- Debe considerarse el sujeto de la evaluación no pueden utilizarse las mismas técnicas para un individuo, para un grupo pequeño (por ejemplo, una familia) o para una comunidad.
- Hay que tener en cuenta el tipo de información que facilitan y el que interesa en el caso. Por ejemplo: será difícil conseguir información sobre la autoestima de un sujeto, empleando registros psicofisiológicos.
- Se ha de considerar al informante al que se le aplica la prueba, que puede ser el propio usuario, el evaluador, algún familiar, otros profesionales, etc. Evidentemente la técnica debe ajustarse a cada posibilidad.
- Hay que tener en cuenta el aspecto que se esté abordando dentro del proceso de evaluación. No es lo mismo realizar una lista de problemas que un análisis de contingencias y las técnicas deben ser igualmente distintas en ambos casos.
- No se ha de olvidar que la ejecución está mediada por el aprendizaje previo, de modo que siempre serán más útiles, a igualdad de los demás criterios, las técnicas en las que el evaluador se encuentre mejor entrenado.

B) Criterios de calidad

En este punto debe remarcar el acercamiento de la EPC a los criterios psicométricos de calidad que ha ocurrido en las últimas décadas. Desde esta perspectiva se ha ido poniendo de manifiesto la necesidad de considerar los datos de fiabilidad y validez en los diferentes momentos de la EPC. Es decir: en los momentos más descriptivos de la EPC resulta muy

adecuado mantener los índices de *fiabilidad*, sobre todo conceptualizándola como concordancia entre evaluadores (entrevista, observación, etc.) y/o como consistencia interna de las medidas (pertenencia de todos los ítems de medida utilizados a la misma o a distinta población). En cuanto a la *validez*, siempre más funcional, resulta obvio que el uso de esquemas comunes o muy similares de organización de información hace aumentar la *validez de contenido* de modo significativo. A caballo entre la fase descriptiva y funcional, parece del máximo interés emplear los indicadores de *validez de criterio convergente* para la obtención de matrices multiacontecimiento-multimétodo en la línea de Campbell y Fiske (1953). Este hecho se ha llegado a convertir en un principio de la EPC: nunca evaluar un acontecimiento con un solo método de evaluación, sino utilizar siempre varios procedimientos distintos para obtener diversas visiones del mismo acontecimiento. Gregory J. Meyer ha dirigido a un importante grupo de psicólogos en el que se ha convertido en el trabajo de revisión de la evidencia acumulada acerca de la utilidad de los tests psicológicos más importante realizado hasta el momento (Meyer, Finn, Eyde, *et al.*, 2001). En dicho estudio se analizan 125 metaanálisis y 800 muestras que examinan la utilidad de las pruebas psicológicas, especialmente las empleadas en estudios multimétodo. Las conclusiones son contundentes: la validez de las pruebas psicológicas es muy sólida y comparable a la de las pruebas médicas de todo tipo, y los diferentes métodos de evaluación facilitan informaciones distintas y únicas, haciendo imprescindible el uso de varias medidas complementarias en cada evaluación. Los evaluadores que solamente emplean la entrevista pierden informaciones muy valiosas que entorpecen la comprensión de los problemas de sus clientes de forma muy importante (Meyer *et al.*, 2001).

Para ofrecer mayor claridad sobre los distintos criterios implicados, en el cuadro 1.2 se resumen los principales criterios de calidad y sus mecanismos básicos de cálculo e interpretación.

Una de mis profesoras más recordadas y queridas ha sido siempre María Eugenia Romano, Catedrática de Psicodiagnóstico de la UCM, que tuvo a bien acogerme en sus clases en momentos difíciles de mis estudios. Ante mis impertinentes reproches acerca de la dudosa utilidad de la información obtenida mediante una prueba de Rorschach en un caso determinado, la profesora Romano siempre nos decía con increíble paciencia: “*lo que importa no son los datos en sí mismos, es su interpretación lo que otorga o resta calidad a la evaluación*”. En este sentido, la fase funcional de la EPC, con la génesis y el posterior contraste de las hipótesis de mantenimiento, garantiza la *validez de constructo, de la hipótesis, de la interpretación*, posiblemente el criterio de calidad más importante. De este modo, los criterios de calidad no residen exclusivamente en las técnicas en sí mismas, sino en el proceso global; no es el cuestionario lo que debe tener validez predictiva o de otro tipo, sino que su utilización en un proceso de contraste de hipótesis le hace superar esa posible limitación. No importa tanto el que diversos instrumentos tengan o no una alta fiabilidad; el empleo de varios de ellos, junto a otros métodos, para evaluar el mismo acontecimiento los dota de indicadores de convergencia que determinan la calidad de la evaluación por encima de sus índices de fiabilidad o validez individuales. Para un comentario más amplio, ver el excelente trabajo de F. Silva al respecto (Silva, 1989).

Cuadro 1.2. *Criterios de calidad más importantes en evaluación clínica.*

<i>Criterio de calidad</i>	<i>Tipo/concepto</i>	<i>Cálculo</i>
Fiabilidad	Formas paralelas	Coef. de correlación
	Dos mitades	Coef. de correlación
	Test-retest	Coef. de correlación
	Concordancia entre jueces	Coef. de correlación Kappa
Validez	Contenido	Análisis multivariados Correlaciones con otras medidas de la misma variable
	Criterio	
	Sensibilidad/especificidad	Coef. de sensibilidad y especificidad
	Predictiva	Correlación con el criterio Pruebas experimentales
	Constructo	
	Convergente/discriminante	Matriz multirrasgo/multimétodo Correlaciones con medidas similares y diferentes
Experimental	Pruebas experimentales	
Homogeneidad	Integración de aspectos de fiabilidad y de validez de contenido	Coef. Alfa de Cronbach
Normativización	Ajuste de la prueba a una población	Tablas de corrección e interpretación normativa

C) *Criterios económicos*

Durante décadas la EPC ha permanecido ajena a los criterios económicos, a pesar de que en la mayoría de sus aplicaciones prácticas son precisamente éstos los determinantes de la aplicación de una u otra técnica. La fuerte polémica respecto a la escasa utilización de la observación en los trabajos aplicados frente a su importancia teórica puede radicar precisamente en los criterios económicos, más que en el desconocimiento o en la mala formación

de los clínicos. De este modo, debe considerarse que la aplicación de una técnica u otra depende en gran medida de sus costes económicos; este hecho resulta especialmente importante en las aplicaciones comunitarias, donde las diferencias en el presupuesto pueden dar al traste con toda la intervención.

Es claro que los métodos de evaluación más sencillos (por ejemplo, los cuestionarios) resultan sensiblemente más baratos que la metodología más sofisticada (por ejemplo, la observación). Este hecho plantea que, si solamente se considera el polo de los costes económicos, siempre será mejor recurrir a instrumentos de evaluación tradicionales que llevar a cabo procesos completos de EPC.

Sin embargo, en el otro lado aparece la necesidad de obtener unos resultados, unos beneficios, con la evaluación. Este dato es especialmente importante en las evaluaciones que suponen un tratamiento posterior o modificaciones al que se viene desarrollando. Desde este punto de vista, la evaluación tiene que ofrecer unos resultados que permitan el diseño del tratamiento. De este modo, considerando ambos aspectos, el evaluador debe mantener un equilibrio entre los costes y los beneficios, *índices costes-beneficios* en términos económicos. Hay que realizar evaluaciones que posibiliten diseñar tratamientos, pero que sean competitivas económicamente. Dado el nivel de desarrollo de la Psicología en la actualidad y de la EPC en particular, parece obvio que toda EPC correctamente realizada (diversos instrumentos, contraste de hipótesis, etc.) será siempre más cara que una evaluación tradicional sencilla con tests psicométricos o con las actividades exclusivamente diagnósticas. Sin embargo, un análisis económico demostraría que la EPC ofrece índices costes-beneficios más satisfactorios en todos los niveles. Pero en este punto debe mencionarse que los resultados más actuales relativos a la eficacia diferencial de los procesos de intervención que utilizan la evaluación individualizada frente a los que emplean exclusivamente el diagnóstico para seleccionar el tratamiento parecen indicar la mejor relación coste-beneficio de estos últimos. Más adelante se analizan en detalle éstos y otros resultados similares.

Una vez considerados estos tres grupos de criterios, debe quedar claro que la decisión del uso de una técnica u otra de recogida de información constituye una tarea compleja que requiere en sí misma una formación psicológica específica. Para facilitar esta toma de decisiones, a lo largo de los siguientes capítulos se irán presentando algunas de las técnicas más útiles para completar el proceso de EPC, de acuerdo con los objetivos y tareas a desarrollar en cada momento.

1.2.4. La relación terapéutica a través del proceso de evaluación: las habilidades en función del paciente

Con frecuencia los manuales teóricos de EPC encaran el proceso de evaluación como si las tareas a desarrollar durante el mismo estuvieran separadas del resto de la intervención clínica. Nada más alejado de la realidad. El proceso de EPC no puede entenderse aislado del resto del trabajo clínico que el evaluador lleva a cabo. En este sentido, el punto relativo al establecimiento de la relación terapéutica tiene un papel central en el acercamiento a la EPC.

Las ventajas de mantener una adecuada relación terapeuta-cliente durante todo el proceso de EPC aparecen suficientemente claras en la investigación actual. A lo largo de los años distintos enfoques evaluadores han ido poniendo de manifiesto las virtudes que determinadas habilidades puestas en marcha por el terapeuta pueden tener sobre el proceso clínico completo y la evaluación en particular. En esta línea, interesa reflejar la necesidad de acercar las habilidades del terapeuta al paciente. Se trata de llevar a efecto un enfoque de formulación global en el que el evaluador va ajustando su comportamiento al del paciente para obtener las máximas ventajas clínicas. La relación terapéutica debe entenderse en el conjunto del proceso de EPC tendente hacia la formulación del caso.

El evaluador tiene que mostrarse abierto y natural y evitar el lenguaje excesivamente técnico. Ha de animar al paciente a intervenir siempre que quiera, especialmente si se siente mal entendido o confundido. El ambiente debe ser relajado y posibilitar la participación del paciente en cada paso de la EPC, muy particularmente en la formulación, que tiene que presentarse al cliente de forma clara, precisa y comprensible para lograr su entendimiento y aceptación. Resulta imprescindible que el paciente se sienta completamente comprendido y apoyado en la superación de sus problemas. Sin embargo, la vía para establecer esa comprensión y motivación hacia el cambio puede que sea distinta para cada persona en función de sus problemas, comportamientos y necesidades. Frente a una visión rogeriana de la aceptación completa y no específica del paciente, resulta más útil emplear una visión mucho más personalizada de este tema.

Parece existir una evidencia acumulada suficiente para afirmar que una relación terapeuta-cliente adecuada puede mejorar significativamente la eficacia de nuestras intervenciones. De hecho, se ha llegado a plantear la consideración de las relaciones no sólo como un vehículo de las técnicas, sino como un agente de eficacia en sí mismo a través de procesos de modelado y reforzamiento social, ajuste de expectativas, etc. Han comenzado a aparecer incluso estudios que remarcan la efectividad de unas habilidades frente a otras en función de los principales problemas clínicos. Por ejemplo: con pacientes con trastornos límite de personalidad parece más útil usar habilidades de aceptación, establecimiento de límites y validación, mientras que con pacientes con trastornos de ansiedad resulta más indicado focalizar, desafiar y en general activar al paciente en la lucha por la superación del problema; con mujeres que sufren anorexia parece apropiado mostrarse algo más flexible y con los que sufren trastornos depresivos puede mostrarse más eficaz un enfoque con más iniciativa, apoyo y dirección. Pero debe recordarse que, de cualquier modo, el acercamiento más correcto es aquel en el que las habilidades puestas en marcha por el evaluador están en función directa con las hipótesis que se manejan en cada momento para explicar los problemas y, finalmente, para formular el caso.

El tipo de información que se utiliza en la EPC puede ayudar a explicar también algunos de los comportamientos que el paciente muestra o debe mostrar durante la evaluación (cooperación, agresividad, llantos continuados, etc.). De este modo, una completa formulación del caso tiene que explicar el comportamiento del paciente durante las sesiones y respecto a las tareas entre sesiones y, además, aportar suficientes pistas en cuanto al estilo terapéutico que cabe seguir con cada paciente.

1.2.5. El estilo del terapeuta

Por estilo del terapeuta se entiende el conjunto de comportamientos interpersonales mostrados por éste cuando está en contacto con el paciente. Estos comportamientos se hallan determinados por la formulación del caso. Esta definición pone de manifiesto el hecho de que no existe un estilo idóneo para fomentar el cambio en el paciente. Parece que puede encontrarse un consenso respecto a una serie básica de habilidades que el terapeuta puede usar en todas sus intervenciones (respeto, aceptación, etc.) y otro grupo de estrategias que puede ir variando sistemáticamente dependiendo del problema y de la formulación clínica que afectan a cada paciente.

En el cuadro 1.3 se recogen algunas de las principales habilidades interpersonales que se encuadran en cada una de las dos categorías propuestas y se ha añadido otro grupo de aspectos especialmente relevantes por el peligro que suponen para el correcto cauce del

Cuadro 1.3. *Conjuntos de habilidades del terapeuta constantes, variables en cada caso y peligrosas para la relación terapéutica.*

<i>Constantes</i>	<i>Variables en cada caso</i>	<i>Peligrosas</i>
Puestas en marcha con la mayoría de los pacientes	Se pueden variar en cada caso de acuerdo con la formulación clínica del mismo	Deben evitarse en todos los casos
A. Respeto	A. Provisión de cuidados	A. Curiosidad no justificada
B. Confianza	B. Estructura de la sesión	B. Inclusión de aspectos personales propios
C. Interés	C. Revelación de información sobre el terapeuta	C. Búsqueda de la admiración del paciente
D. Cuidados	D. Directividad	D. Imposición de valores personales
E. Comprensión	E. Críticas	E. Relación de dominio
F. Aceptación	F. Alabanzas/Reforzamiento social	
G. Empatía	G. Animación	
H. Calidez en la relación	H. Juegos	
I. Fomento de las expectativas de cambio	I. Sentido del humor	
J. Autenticidad	J. Control	
K. Búsqueda de información descriptiva y relevante	K. Disponibilidad del terapeuta	
L. Competencia	L. Duración de las sesiones	
M. Estructuración de roles	M. Frecuencia de las sesiones	
N. Implicación del paciente en el proceso de cambio	N. Modelado	
	O. Compartir notas o la formulación	
	P. Establecimiento de límites	
	Q. Enfrentamiento a comportamientos desadaptativos	
	R. Validación de los sentimientos y experiencias del paciente	

proceso clínico. Las englobadas en la columna 1 se refieren a comportamientos que todos los evaluadores deberían poner en marcha con todos los pacientes y las de la columna 2 reflejan un elenco de posibilidades entre las que el evaluador puede ir seleccionando y otorgando un valor menor o mayor en función de cada caso clínico particular. De esta forma el funcionamiento interpersonal durante la EPC responde a unos criterios centrales, comunes en la mayoría de las ocasiones, y a una adecuación personalizada a cada paciente que facilita en la mayor medida posible la reunión de información y el posterior cambio terapéutico. La columna 3 resume algunos de los comportamientos interpersonales que afectan más negativamente a la relación terapeuta-cliente, interfiriendo gravemente en el proceso de cambio o incluso creando situaciones legalmente y, desde luego, éticamente peligrosas.

1.3. Ejes de actividad, momentos y tareas en el proceso de EPC: un modelo integrador

Aunque a lo largo de la historia de la EPC se han propuesto distintos puntos de vista referentes tanto al proceso como a la formulación, en este volumen se ha optado por la presentación de un único modelo integrador que intenta recoger las principales aportaciones de los esquemas anteriores y persigue el objetivo de lograr una mayor convergencia entre distintas posturas teóricas, convergencia que solamente puede entenderse desde un acercamiento metodológico.

El modelo de EPC que se propone (figura 1.2) es el resultado de una elaboración teórica y metodológica sobre el esquema básico de Victor Meyer y su grupo, que incorpora las propuestas de Stephen N. Haynes, Jacqueline B. Persons y Arthur M. Nezu sobre la formulación clínica y considera las aportaciones metodológicas de la evaluación psicométrica en la línea desarrollada en nuestro país por Fernando Silva. Tiene en cuenta todas las dificultades y limitaciones mencionadas anteriormente e intenta ofrecer una visión práctica clara y posibilista de las distintas tareas, técnicas y estrategias que el psicólogo puede llevar a cabo para conseguir una EPC de calidad. Desde el punto de vista práctico, este modelo se ha venido utilizando por el autor durante más de una década en el trabajo clínico asistencial efectuado en la Universidad Complutense de Madrid. En el capítulo actual se resumen los aspectos principales del mismo para, a lo largo de todo el volumen, ir desarrollando de forma más pausada cada uno de los ejes, pasos y momentos principales.

Como puede observarse en la figura 1.2, se enfoca el proceso de EPC considerando tres ejes simultáneos de actividad: análisis descriptivo, funcional y formulación y diagnóstico. A su vez, se tienen en cuenta distintos momentos: exploración inicial, evaluación para el tratamiento y evaluación durante y tras el tratamiento. La diferenciación entre los tres ejes propuestos (descriptivo, funcional y diagnóstico) no puede entenderse de forma secuencial; de hecho, las actividades comprendidas en cada uno de ellos se desarrollan en un proceso dinámico y continuo que solamente se disgrega para facilitar su exposición y comprensión.

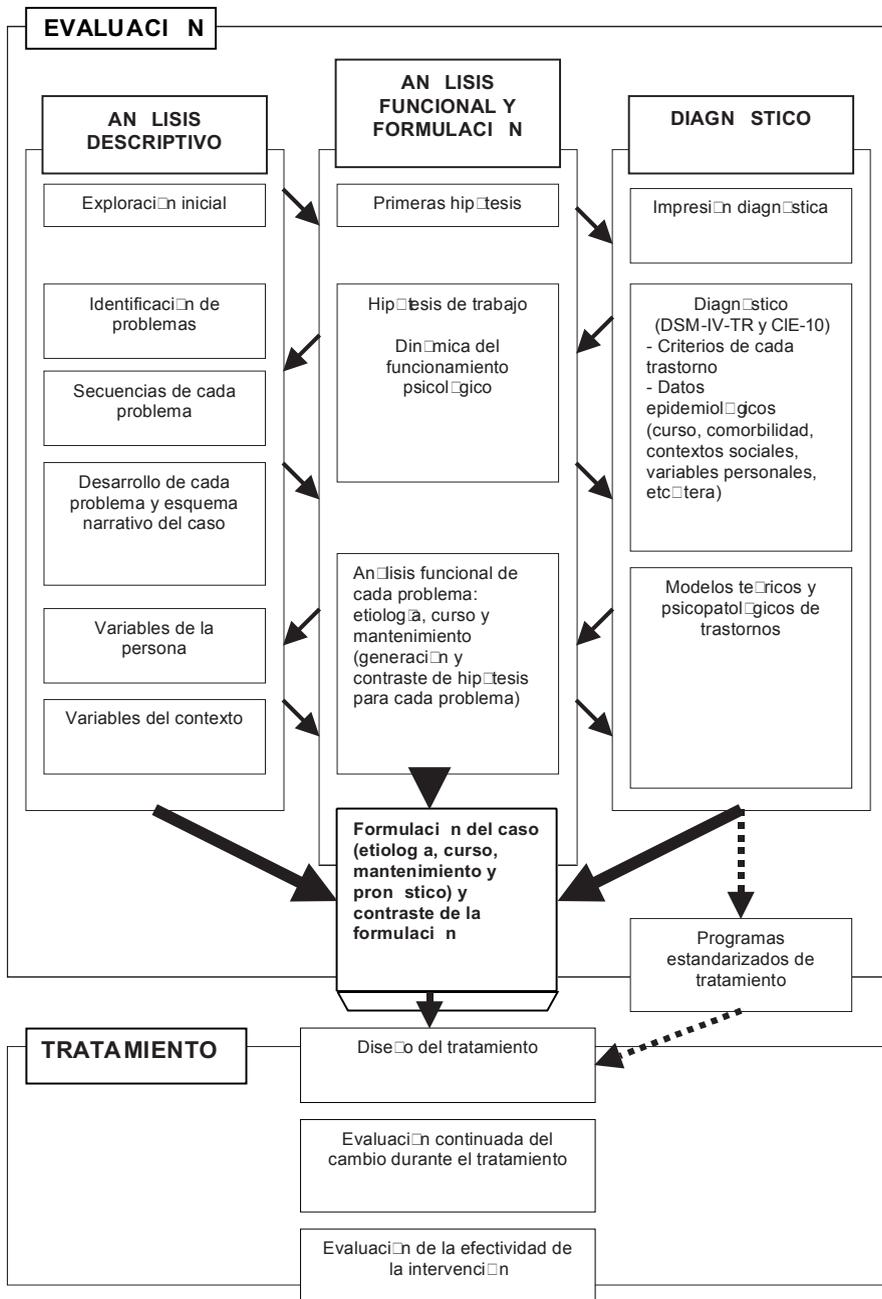


Figura 1.2. Ejes, momentos y tareas del proceso de EPC.

Al describir las principales fases y tareas del proceso de EPC, es necesario indicar que, aunque el primer contacto del lector con el esquema propuesto pueda hacerle creer que el proceso de EPC resulta algo largo, complicado y difícil de poner en práctica en la consulta clínica cotidiana, nuestra experiencia indica que en más del 90% de los casos el proceso completo puede llevarse a cabo en un máximo de cuatro sesiones, incluyendo entrevistas con el paciente y con los informantes y el uso de cuestionarios, autorregistros y demás técnicas que parezcan convenientes para conseguir formular y contrastar un juego de hipótesis que puedan guiar el tratamiento. Generalmente, la quinta sesión será la de devolución de información a la persona y la de puesta en marcha del tratamiento. Esta guía general no es óbice para que en algunas ocasiones la evaluación pueda realizarse en un par de sesiones y en otras se prolongue más allá del inicio del tratamiento.

1.3.1. Análisis descriptivo

Como puede observarse en el esquema propuesto en la figura 1.2, el primer momento de todo proceso de evaluación clínica no puede ser muy distinto de la primera ocasión en la que conocemos a una persona. Todos los prejuicios, sesgos, efectos halo, etc. presentes en las relaciones humanas desde su comienzo lo están igualmente en el proceso clínico. De este modo, los primeros momentos de la primera sesión se convierten en un aspecto clave del desarrollo de la EPC, frecuentemente olvidado por los teóricos del área, pero no por ello menos importante. Por tanto, es el momento de las primeras observaciones y descripciones y de la generación de las primeras hipótesis y decisiones, que pueden marcar toda la evaluación posterior. Debe señalarse desde el principio que el juego de generación y contraste de hipótesis que comienza en este momento no termina hasta que finalice el propio proceso evaluador.

Es el momento de llevar a cabo la primera exploración del paciente o exploración inicial. Este tipo de estrategias se ha venido desarrollando primordialmente en el campo psiquiátrico, pero parece evidente que la EPC no puede permanecer ajena a ellas, tanto por su valor diagnóstico como por su utilidad en la toma de decisiones clínicas.

Por otra parte, parece que no resulta difícil conseguir un cierto consenso respecto al objetivo inicial de cualquier proceso de EPC: saber qué le pasa al paciente. En otras palabras: describir la fenomenología del paciente y su entorno. También resulta sencillo pensar que, para saber de qué hablamos, el primer paso tiene que constituir una descripción del problema o de los problemas del paciente y de las posibles variables o los factores que pueden estar presentes en la situación. De este modo, uno de los primeros objetivos del proceso de EPC debe centrarse en la realización de un análisis descriptivo de la situación del paciente desde un punto de vista global. Este análisis ha de empezar por una lista de problemas del paciente y continuar con una descripción detallada de cada uno, posiblemente en forma de secuencias. Una vez descritos en cierto detalle los principales problemas del paciente, se puede recoger la información conveniente acerca del desarrollo de cada uno a lo largo de su vida y de sus interacciones, las interpretaciones y el sentido que

el paciente ha ido otorgando a cada problema y, en resumen, una narración del caso, conjugando el punto de vista subjetivo del paciente con los datos objetivos que podamos ir reuniendo. Igualmente, en este momento se está en disposición de identificar y, posiblemente, medir las principales variables personales o contextuales que pueden afectar a cada problema, positiva o negativamente, de forma significativa.

Dado el carácter marcadamente descriptivo de este momento, los criterios de calidad deben poner especial cuidado en la convergencia de la información, la validez de criterio y la sensibilidad al cambio de los procedimientos de medida empleados. Normalmente esta calidad se logra a través del uso de distintos métodos, medidas e informadores que garanticen el control de los posibles sesgos personales del paciente y del evaluador, la desincronía entre los sistemas de respuesta y la generalmente baja calidad de las pruebas psicológicas.

De esta forma, los primeros momentos de la evaluación implican la desintegración de la información global acerca de la persona en unidades cada vez más pequeñas y concretas (problemas-sucesos-conductas) convirtiendo un enfoque inicialmente molar en progresivamente más y más molecular. Se verá cómo el proceso se invierte más adelante, con el análisis funcional y la formulación del caso.

1.3.2. Diagnóstico

De acuerdo con lo señalado en la figura 1.2, el diagnóstico se considera un eje de actividad incluido en el proceso de EPC que mantiene una unidad de acción con los otros dos ejes pero que puede desarrollarse con cierta independencia. Según se van identificando y describiendo los principales problemas del paciente, su inicio y su evolución, se empieza a disponer de toda la información necesaria para poder realizar un diagnóstico DSM-IV-TR o CIE-10. Por otra parte, debe señalarse cómo la relación entre los ejes descriptivo y diagnóstico es bidireccional y se concentra en la elaboración de la lista de problemas y del curso de los mismos en la biografía del paciente.

En ambos casos la información recogida durante la entrevista ayuda a clarificar la labor diagnóstica, a la vez que los criterios diagnósticos y la información epidemiológica y del curso de los problemas contribuye a dirigir la búsqueda de información de forma más precisa y económica.

En el presente volumen se incluyen además los principales procedimientos y estrategias utilizados para la consecución de diagnósticos DSM y CIE en los casos en los que no es posible o recomendable proceder a un análisis descriptivo exhaustivo, pero sí hay que lograr un diagnóstico (tareas clasificatorias de la EPC). Este tipo de herramientas, generalmente entrevistas, ha supuesto un avance muy relevante en el acuerdo diagnóstico entre profesionales y se ha convertido en una fuente importante de preguntas validadas susceptibles de ser empleadas en procesos de EPC más amplios (para una selección y guía de uso de este tipo de preguntas, ver Vázquez y Muñoz (2002): *La entrevista diagnóstica para adultos*, Madrid: Síntesis).

Las relaciones que se han ido estableciendo entre los procedimientos diagnósticos estructurales y los procesos de EPC, más funcionales, han desembocado en una mutua necesidad de apoyo. Hoy en día es difícil entender un proceso completo de EPC sin hacer referencia a un diagnóstico y resulta igualmente claro que los procedimientos y categorías diagnósticas actuales no permiten, por sí mismas, avanzar la idoneidad de un tratamiento. Del mismo modo, está empezando a establecerse más claramente la compleja relación que mantienen el diagnóstico y los posibles modelos de formulación de casos clínicos, tanto en la práctica clínica cotidiana como en la investigación psicopatológica. Estas relaciones nos alertan respecto a la posible y deseable convivencia de enfoques nomotéticos y estructurales (clasificatorios) junto a los idiográficos y funcionales (formulación clínica del caso).

Por otra parte, la inclusión del diagnóstico entre los objetivos de la EPC nos obliga a la consideración de los criterios de calidad más relacionados con el diagnóstico y la epidemiología, a saber: la sensibilidad y la especificidad.

1.3.3. Análisis funcional y formulación

El tercer eje del sistema, posiblemente el más nuclear, indica la necesidad de formular y contrastar hipótesis durante todo el proceso yendo de las más básicas y primeras de la exploración inicial a las más complejas y definitivas de la formulación clínica del caso. Conforme se avanza en la recogida de información descriptiva y en la elaboración, siquiera tentativa, de un diagnóstico del caso, se precisa avanzar igualmente en el proceso de búsqueda de hipótesis explicativas (funcionales) de cada problema. Realmente la secuenciación —ya se advirtió y se volverá sobre ello— de las fases y de los ejes sigue un esquema didáctico, no directamente relacionado con la práctica clínica. En ésta las actividades descriptivas y funcionales van alternándose continuamente a lo largo del proceso hasta llegar a la formulación final del caso.

En los últimos años se han realizado duras críticas hacia el análisis funcional y la formulación de casos, en especial respecto a su utilidad clínica, por diversas razones, entre las que cabe destacar la falta de concordancia de los esquemas de formulación propuestos para el mismo caso por distintos evaluadores y la poca eficacia que añaden a las intervenciones basadas en el diagnóstico y la aplicación de terapias de manual estandarizadas para cada trastorno. Sin embargo, es obvio que la mayoría de las terapias manualizadas necesitan un proceso de adaptación personal al paciente; resulta igualmente conocido el hecho de que una parte importante de los pacientes no presentan un único diagnóstico que permita aplicar paquetes terapéuticos estandarizados; y, por último, la aplicación de una estrategia terapéutica estandarizada no significa ni mucho menos que no se estén asumiendo hipótesis acerca de los problemas del paciente: cuando se aplica un tratamiento de exposición en un caso de pánico al seguir un paquete terapéutico, se están asumiendo implícitamente ciertas hipótesis explicativas y no otras. De hecho, la formulación clínica realizada durante la investigación y aplicada a los diagnósticos, procesos y sistemas de funcionamiento se puede contar entre los principales factores responsables de la eficacia observada por los

paquetes de tratamiento desarrollados hasta el momento por la investigación en Psicología clínica.

De este modo, parece necesario seguir incluyendo entre los aspectos a desarrollar en la EPC el análisis funcional y la formulación clínica del caso como una parte esencial, probablemente el núcleo del proceso de evaluación clínica.

El punto de vista que se desarrolla en el presente volumen sitúa el problema como unidad básica de análisis; cada trastorno (categoría diagnóstica) puede entenderse como una configuración de problemas que tienden a aparecer unidos y el caso puede incluir distintas configuraciones de problemas que pueden ser asumidos o no en una o más categorías diagnósticas; creando así un abanico muy amplio de posibles combinaciones, como se verá en su momento.

En este sentido, conviene desarrollar y contrastar hipótesis acerca de la etiología y del mantenimiento de cada problema que presente el paciente. Es decir: buscando el establecimiento de relaciones moleculares entre sucesos. Posteriormente se ha de proceder a la combinación de todos los problemas en un esquema de formulación que puede o no incluir o usar una o varias categorías diagnósticas. Debe destacarse el papel que pueden tener los modelos teóricos de los trastornos desarrollados por la investigación clínica como heurísticos, fuentes de hipótesis y organizadores de la información en este momento del proceso de formulación clínica, originando de esta manera un nexo relacional de doble vía entre la investigación (nomotética) y la aplicación (idiográfica) clínica. El evaluador debe establecer relaciones funcionales entre los distintos problemas de la persona en un nivel de integración molar resituando el proceso de EPC, que había llegado a un nivel molecular de análisis, en el mismo plano en el que se inició: en un nivel molar. De esta forma, se completa el ciclo molar-molecular-molar que tiene que cumplir el proceso de EPC: se parte de la persona, se analizan problemas, situaciones y acontecimientos y, finalmente, se vuelve de nuevo a la persona.

En este contexto el análisis funcional se considera la estrategia procesual básica para desarrollar y contrastar las hipótesis etiológicas y de mantenimiento para cada problema y la formulación clínica como el procedimiento por el cual se integran todos los problemas del paciente en un solo modelo explicativo, causal o funcional (hipótesis funcionales) y que puede emplear una o más categorías diagnósticas para ello (hipótesis correlacionales). Este modelo debe incluir una explicación global del inicio, curso y mantenimiento de cada problema del paciente, así como un pronóstico sobre su evolución y sobre las indicaciones terapéuticas más eficaces.

Como se ha ido avanzando, la calidad del análisis funcional, de la formulación y, por ende, del proceso completo radica en el sometimiento a contraste de las hipótesis planteadas. Por tanto, se establece la necesidad de contrastar por distintos procedimientos experimentales o correlacionales las hipótesis generadas para explicar el origen y mantenimiento de cada problema, así como la formulación global del caso. Este modo de actuación garantiza la validez de constructo (de la hipótesis y de la interpretación) del proceso de EPC, posiblemente el criterio de calidad más importante por cuanto engloba a los demás.

1.3.4. *Diseño del tratamiento*

El siguiente momento dentro del proceso de EPC tiene que ver con el diseño del tratamiento. Este punto delimita la frontera tan difícil de definir entre evaluación y tratamiento psicológico, si bien la mayoría de los autores importantes en el área incluyen este aspecto entre los objetivos a desarrollar durante la EPC.

De acuerdo con lo expuesto hasta el momento, tiene que haber quedado claro que no puede entenderse un tratamiento psicológico si no es derivado de una evaluación previa. En el modelo que se presenta la evaluación incluye el contraste de las hipótesis de formulación clínica del caso. Será de estas hipótesis de las que deba derivarse el tratamiento, es decir, la planificación del tratamiento empieza por la selección de variables independientes susceptibles de modificación en el modelo de formulación, continúa con la consideración de los factores temporales y de las técnicas y estrategias útiles para la intervención, y finaliza con la redacción de un plan de tratamiento individualizado.

Sin embargo, los trabajos más actuales relacionados con la comparación de estrategias individualizadas de planificación del tratamiento frente a programas estandarizados han puesto de manifiesto la ventaja de los segundos sobre los primeros en la efectividad, al menos en personas con un solo diagnóstico para los que existe un programa estandarizado y manualizado. Esta evidencia ha hecho reconsiderar la conveniencia o no de llevar a cabo formulaciones y diseños individualizados del caso y ha levantado una polémica alrededor del tema. La posibilidad de combinar ambas estrategias individualizando los programas de tratamiento estandarizados y admitiendo la posibilidad de utilizar programas estandarizados como guía en el diseño individual del tratamiento se analiza en el capítulo 6 del presente volumen.

1.3.5. *Evaluación del cambio*

Finalmente, la figura 1.2 señala la conveniencia de, al mismo tiempo que se está diseñando el tratamiento, elaborar igualmente un plan para la evaluación del cambio durante y tras la intervención.

En primer lugar hay que prestar atención a la medida del cambio durante el propio tratamiento. Es necesario disponer de medidas sensibles, rápidas y fáciles de aplicar capaces de decirnos hasta qué punto se están consiguiendo o no las metas del tratamiento. Igualmente debemos ser capaces de detectar lo más rápidamente posible los problemas que pueden nacer durante la aplicación del tratamiento debidos a éste o a factores externos que pueden influir en su curso. De este modo, la evaluación durante el tratamiento está en relación directa con el plan de intervención diseñado y, por ende, con la formulación individual del caso.

En segundo lugar, el proceso de EPC no puede terminar hasta que se haya evaluado la efectividad de la intervención. Estamos hablando de la evaluación de seguimiento del paciente, que tiene como objetivo principal establecer hasta qué punto se ha producido un

cambio en la vida del paciente y que debe afectar a su sintomatología, pero también a su funcionamiento psicosocial, a su calidad de vida y, en definitiva, a su salud y bienestar general. La tendencia actual nos indica que este momento del proceso de EPC tiene que permitir la comparación entre distintas alternativas de intervención en salud mental, por lo que ha de realizarse un esfuerzo importante por la consecución de un consenso en cuanto a medidas de efectividad y resultados se refiere. Esta realidad sitúa la evaluación de la efectividad en un plano de cierta independencia respecto a la formulación y al tratamiento aplicado.

1.3.6. Informes y devolución de información

Aunque no sea el propósito principal de este volumen delimitar los procedimientos de redacción de informes clínicos, no puede obviarse que la elaboración de informes es una actividad unida a la EPC de forma inseparable. Los informes pueden incluir distintos momentos y aspectos del proceso global de evaluación. Pueden existir informes diagnósticos (descriptivos), otros que incluyan los aspectos funcionales del caso, como la formulación clínica, otros que se centren en el pronóstico del caso (con o sin tratamiento) u otros que incluyan partes o el total del tratamiento aplicado y los resultados obtenidos. Es decir: pueden redactarse informes de cada aspecto del proceso de EPC por separado o conjuntamente. Igualmente, el informe puede ir destinado a diferentes agentes, al propio paciente, a la familia, a otro profesional de la salud, a agentes sociales (por ejemplo, jueces) y a un amplio etcétera que resulta imposible recoger en una obra como ésta.

Para los objetivos de la presente obra resulta especialmente interesante el tipo de informe que se refiere a la devolución de información al propio paciente y que, generalmente, se realiza mediante una entrevista, la cual debe servir para explicar al paciente nuestra conceptualización del problema o de los problemas que presenta y las indicaciones terapéuticas que le podemos sugerir y para conseguir la mayor implicación y motivación posible para el cambio durante el tratamiento.

Resumen

1. Breve introducción histórico-conceptual a la EPC

La EPC es una disciplina encuadrada en la Psicología científica y, como tal, se asume el método científico y se utilizan los conocimientos acumulados por la Investigación psicológica. Se pueden enu-

Capítulo 1: Introducción al proceso de Evaluación Psicológica Clínica (EPC)

merar algunos desarrollos que han resultado fundamentales para la concepción actual del proceso de EPC.

Desarrollo de la Psicopatología y del Psicodiagnóstico

- Clasificaciones psicopatológicas neokraepelianas (DSM y CIE).
- Modelos psicológicos de trastornos.
- Relativización social del diagnóstico.

Desarrollos de las principales escuelas psicológicas

- *Psicoanálisis*: desarrollos teóricos freudianos acerca de los mecanismos de defensa, los modelos de la mente, el determinismo psíquico y la búsqueda de significado en los síntomas. Ampliar los cauces y contenidos de la evaluación. Utilidad de los estudios de caso.
- *Terapia humanista*: paciente como persona, habilidades terapeuta-cliente, consejo psicológico.
- *Enfoque cognitivo-conductual*: énfasis descriptivo. Papel clave de las variables cognitivas. La evaluación como proceso. Enfoque biopsicosocial y papel integrador de la Evaluación conductual.

Desarrollo de la teoría psicométrica y de la medida en Psicología: convergencia progresiva de la metodología psicométrica y de la evaluación clínica.

Desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso: papel central del grupo del Maudsley Hospital y el UCL (Meyer, 1957) y Haynes (1986).

2. Fundamentos básicos del proceso de EPC

Punto de partida metodológico

El proceso de EPC parte de una aplicación del método científico a la Evaluación psicológica (Silva, 1989). Sirve de ejemplo el trabajo del grupo del *University College of London* (Maisto *et al.*, 1984). Se establece como aspecto clave la recogida de información para generar y contrastar hipótesis durante la evaluación.

Tipo de información necesaria

La información utilizada debe ser descriptiva (menor nivel de inferencia posible) y relevante al caso en cuestión.

Las pruebas de evaluación psicológica en el proceso de EPC

En el proceso de EPC pueden y deben emplearse todas las técnicas de evaluación que puedan aportar alguna información de calidad: entrevistas, autoinformes, observación, medidas psicofisiológicas, pruebas cognitivas, pruebas proyectivas, etc.

– Criterios de utilidad

Lo primero será asegurarse de la utilidad de cada técnica en particular. Pueden seguirse los siguientes criterios:

- Las técnicas han de estar en función directa del problema a evaluar.
- Hay que considerar al sujeto de la evaluación, un individuo, un grupo pequeño o una comunidad.
- Se debe tener en cuenta el tipo de información que facilitan y el que interesa en el caso.
- Se tiene que considerar al informante al que se le aplica la prueba, que puede ser el propio usuario, el evaluador, algún familiar, otros profesionales, etc.
- Hay que tener en cuenta el aspecto que se esté abordando dentro del proceso de evaluación.
- Siempre serán más útiles, a igualdad de los demás criterios, las técnicas en las que el evaluador se encuentre mejor entrenado.

– **Criterios de calidad**

La convergencia con la evaluación psicométrica y los criterios metodológicos hacen que se deban considerar los criterios de calidad de las pruebas. Son importantes la fiabilidad y la validez, así como los conceptos de homogeneidad y normativización.

La Teoría de la generalizabilidad (Cronbach, 1972) sitúa todos los criterios de fiabilidad y validez en un continuo de generalización. La validez de constructo es el criterio que permite una mayor generalización al hacerlo a partir de la hipótesis.

– **Criterios económicos**

Debe mantenerse un equilibrio entre los costes y los beneficios, *índice costes-beneficios* en términos económicos. También hay que realizar evaluaciones que permitan diseñar tratamientos pero que sean competitivas económicamente.

La relación terapéutica a través del proceso de evaluación: las habilidades en función del paciente

La relación terapéutica debe entenderse en el conjunto del proceso de EPC tendente hacia la formulación del caso. Es necesario acercar las habilidades del terapeuta al paciente. El evaluador tiene que ir ajustando su comportamiento al del paciente para obtener las máximas ventajas clínicas.

Parece existir una evidencia acumulada suficiente para afirmar que una relación terapeuta-cliente adecuada puede mejorar significativamente la eficacia de las intervenciones psicológicas.

El estilo del terapeuta: se refiere al conjunto de comportamientos interpersonales mostrados por el terapeuta cuando está en contacto con el paciente. Estos comportamientos se hallan determinados por la formulación del caso.

3. Ejes de actividad, momentos y tareas en el proceso de EPC: un modelo integrador

La EPC se considera como un proceso que incluye distintas fases y actividades. Aunque todas ellas se desarrollan de forma conjunta, pueden diferenciarse algunas con acento marcadamente descriptivo, otras funcional y unas terceras centradas en el diagnóstico. Finalmente, todas confluyen en la formulación clínica y la evaluación del cambio durante y tras el tratamiento.

Capítulo 1: Introducción al proceso de Evaluación Psicológica Clínica (EPC)

Análisis descriptivo	Análisis funcional y formulación	Diagnóstico
Exploración inicial	Primeras hipótesis	Impresión diagnóstica
Lista de problemas	Hipótesis de trabajo	Detección
Análisis de secuencias	Análisis funcional de cada problema	Diagnóstico
Análisis del desarrollo		Modelos psicológicos de los trastornos
Variables personales		
Variables del contexto		
↓		
Formulación clínica del caso		
Evaluación del cambio durante y tras el tratamiento		

| Preguntas de autoevaluación |

1. Las principales influencias conceptuales de la EPC provienen de:
 - a) La psicometría.
 - b) La psicometría y el enfoque cognitivo-conductual.
 - c) El diagnóstico, la psicometría y los enfoques dinámicos, humanistas y cognitivo-conductuales.
 - d) Sólo el diagnóstico y la psicopatología son relevantes al ser clínicos.
 - e) El enfoque cognitivo-conductual.

2. El proceso de EPC es científico, lo que significa que su punto clave consiste en:
 - a) La observación de la realidad contextual del cliente.
 - b) La utilización de instrumentos de medida adecuadamente validados.
 - c) La eliminación de la interpretación a lo largo del proceso de EPC.
 - d) La generación y el contraste de hipótesis a lo largo del proceso de EPC.
 - e) Es suficiente con generar hipótesis; el propio tratamiento se constituye en el contraste de las mismas.

Manual práctico de Evaluación psicológica clínica

3. Los criterios de calidad de las pruebas de evaluación psicológica:
- a) No tienen ninguna importancia en la actualidad.
 - b) Tienen una importancia relativa, siempre que se empleen en el marco de un proceso de EPC que incluya el contraste de hipótesis.
 - c) Añaden calidad y grados de libertad al contraste de hipótesis.
 - d) Siguen teniendo una importancia capital, ya que la calidad del proceso radica en la calidad de las pruebas usadas en cada caso.
 - e) Solamente es importante la fiabilidad, en cuanto que supone el mejor índice de generalizabilidad.
4. El proceso de EPC se organiza en torno a tres ejes de actividad:
- a) Descriptivo, funcional y formulación.
 - b) Formulación, diagnóstico y estudio biológico.
 - c) Descriptivo, funcional y diagnóstico.
 - d) Psicológico, psiquiátrico y social.
 - e) Biológico, psicológico y social.

2

La exploración inicial

En todos los procesos de EPC siempre existe un primer momento en el que se conoce personalmente al paciente. Con frecuencia se han administrado pruebas anteriormente o se dispone de informes previos referidos a la situación de la persona. Sin embargo, normalmente se considera que es con el primer contacto personal cuando comienza el proceso de EPC, que no terminará hasta varios meses después de finalizado el tratamiento. Este capítulo está dedicado a esos primeros instantes de contacto personal, que pueden llegar a determinar toda la EPC y que sin duda obligan a tomar las primeras decisiones clínicas.

Se comienza revisando los principales objetivos y funciones del primer contacto personal y las posibles pruebas previas al mismo y se continúa abordando en cierto detalle las estrategias y técnicas de *exploración inicial*, que pueden resultar de la máxima utilidad en esos primeros minutos. Se finaliza con la delimitación del motivo de consulta, verdadero inicio de la primera entrevista.

2.1. Objetivos y funciones del primer contacto

En la mayoría de los casos, de forma previa al primer contacto personal, el psicólogo ya puede conocer algunos detalles del paciente que le permiten formarse una idea respecto a la persona que va a encontrar. Esta información preliminar puede provenir de varias fuentes, entre las que pueden destacarse en primer lugar los informes previos de otros profesionales (por ejemplo, informes de derivación). Contar con un historial clínico del paciente correctamente realizado puede ser de gran utilidad, no sólo en este momento inicial, sino a lo largo de la evaluación del desarrollo de los problemas. En segundo lugar, resulta interesante la información obtenida a partir de sencillas pruebas biográficas, generalmente cuestionarios, que pueden administrarse de forma rutinaria al paciente en el momento en el que solicita la primera cita. La información que suelen incluir puede ayudarnos a situar a la persona en

un contexto cultural y puede guiarnos en la identificación de los grupos de referencia que determinan los valores y normas de la persona.

Las pruebas de detección (*screening*), al ofrecer un diagnóstico probabilístico del caso y permitir en muchas ocasiones identificar alguna de las áreas problemáticas, pueden cumplir una función orientadora sobre la asignación del caso a un terapeuta u otro dependiendo de su especialización y, desde luego, pueden guiar el proceso de generación de las primeras hipótesis. De este modo, se inicia la relación dinámica que existirá durante todo el proceso de EPC entre evaluación descriptiva, funcional y diagnóstica. Por último, parece adecuada igualmente la puesta en marcha de minientrevistas, efectuadas a la persona cuando se dirige a nuestro servicio para solicitar atención, que pueden ser llevadas a cabo por el personal auxiliar y contribuyen a situar mejor al paciente.

En nuestro caso, en el servicio clínico del Master de Psicología Clínica y de la Salud, preferimos utilizar un pequeño cuestionario que reúne aspectos biográficos e información sobre el motivo de consulta. Se le pide a la persona que cumplimente el cuestionario por sí mismo o con ayuda de algún familiar y sólo en casos extremos se le ofrece nuestra ayuda para completarlo. En el material para el terapeuta se incluye un ejemplo muy sencillo pero útil de cuestionario de este tipo. A partir de la información recogida, se cita a la persona, a la persona más un acompañante o a un familiar o se ofrece una posibilidad de derivación a otro tipo de servicio especializado.

Cuadro 2.1. *Datos previos al primer contacto personal terapeuta-cliente.*

<i>Fuentes</i>	<i>Información</i>
Historial clínico y otros informes	Problemas e historia de cada problema, estudios médicos previos, tratamientos anteriores, grado de cronicidad, datos específicos: intentos de suicidio, hospitalizaciones, etc.
Pruebas biográficas: cuestionarios biográficos	Edad, género, convivencia, familia, nivel económico, grupo cultural y etnia, etc.
Pruebas de detección psicodiagnóstica	Posibles trastornos y diagnóstico inicial probabilístico e identificación de problemas principales
Minientrevista al solicitar la cita	Motivo de consulta

Debe destacarse que la información incluida en los informes preliminares proviene de fuentes distintas con desiguales niveles de calidad y, por tanto, solamente ha de considerarse como lo que es: información preliminar. En cualquier caso, una vez estudiado el material previo, estamos en disposición de recibir al cliente para llevar a cabo la primera entrevista.

Los primeros momentos (dos o tres primeros minutos) de la primera entrevista con el paciente se revisten de una importancia capital, pues se trata de los momentos de las primeras hipótesis, del establecimiento de las bases de la relación personal y terapéutica, de las primeras impresiones diagnósticas y de las primeras tomas de decisiones clínicas. Sin embargo, la atención prestada por los teóricos de la evaluación a estos instantes no ha sido tan amplia como la importancia de los aspectos a tratar parece requerir; por ejemplo, son muy escasos los manuales que incluyen en sus índices un tema dedicado a la exploración inicial o al primer contacto. Solamente en los últimos años y desde distintas posiciones se ha comenzado a incluir este tema en los textos especializados al respecto.

La investigación en Psicología social ha ido poniendo de manifiesto las variables que representan un papel más relevante en el establecimiento de las relaciones humanas. Se ha comprobado que en las relaciones personales algunos juicios esenciales que determinan toda la relación posterior se realizan en los primeros instantes del contacto y con información muy básica respecto del otro. Buenos ejemplos son el atractivo personal o la adopción de prejuicios y estereotipos. Igualmente, se han identificado algunos efectos halo, como el de Rosenthal, que pueden determinar nuestro juicio respecto del otro sobre la base de escasas informaciones. También se ha evidenciado la conveniencia de establecer unos roles claros en toda relación personal, de modo que se reduzcan al mínimo la incertidumbre y los posibles conflictos de rol. Este hecho resulta especialmente aplicable a las relaciones estructuradas en las que algunos de los miembros acceden sin un conocimiento específico al respecto, como es el caso de la relación terapéutica. En esta misma línea, se conoce que el establecimiento de roles en las relaciones personales puede nacer muy pronto y conviene que sea claro y conciso en relaciones estructuradas como la clínica.

Autores como Ira D. Turkat o el mismo Joseph Wolpe (Wolpe y Turkat, 1985) pertenecen a los muy escasos grupos de trabajo que en sus acercamientos a la EPC han incluido en los últimos años una sección especial para detallar estos primeros instantes de la primera entrevista. Desde su posición, la primera observación del comportamiento del paciente y sus primeras manifestaciones verbales en la consulta deben servirnos como fuente de las primeras hipótesis de acercamiento al caso. Estas hipótesis serán inmediatamente contrastadas durante los primeros momentos de la entrevista, comenzando de este modo el juego básico del proceso de EPC: generar y contrastar hipótesis. En la línea de Meyer y del grupo del *University College of London* (UCL), el proceso de EPC se afronta como un juego continuo de generación y contraste de hipótesis que lleva, finalmente, a la formulación clínica del caso en una hipótesis globalizadora.

En este sentido, dado que toda interacción clínica implica necesariamente esta toma de contacto, lo anteriormente expuesto requiere considerar de un modo más activo estos primeros instantes de la EPC. De hecho, estos procesos aparecen automáticamente, aunque el evaluador no sea consciente de ello, en todos los casos. Dado que no puede evitarse su aparición, resulta del mayor interés para la EPC estructurar y hacer consciente al evaluador de este fenómeno con objeto de obtener el mayor partido posible y disminuir las distorsiones y los efectos halo al mínimo. La mejor forma de conseguir este objetivo parece radicar en la

enumeración de las principales variables a evaluar en ese momento y en delimitar las técnicas que se van a utilizar. Por más que nos pueda pesar a los psicólogos, los mayores esfuerzos de sistematización de esta fase de la EPC no llegan desde la Psicología, sino desde los enfoques estructurales propios de la Psiquiatría. En esta línea de trabajo clínico se han propuesto distintos objetivos, acciones y técnicas que, englobados bajo el epígrafe de Valoración del estado mental, constituyen el mejor intento de acercamiento sistemático aplicable a los primeros momentos del proceso de EPC (Othmer y Othmer, 1995). A continuación se aborda este primer contacto con el paciente desde una perspectiva psicológica pero usando la Valoración del estado mental como eje organizador de esta fase.

2.2. La exploración inicial

Incluso antes de formular la primera pregunta de la primera entrevista con el paciente ya debemos haber realizado una exploración de las principales funciones psicológicas implicadas: apariencia personal, nivel de conciencia, comportamiento psicomotor, atención, concentración, lenguaje, pensamiento, orientación espaciotemporal, memoria, afecto, estado de humor, energía, percepción, contenido del pensamiento, introspección, juicio, funcionamiento psicosocial, sugestionabilidad, pensamiento abstracto e inteligencia (Othmer y Othmer, 1995). Tenemos que haber formulado nuestras primeras hipótesis y probablemente hayamos reunido ya suficientes pruebas para refutar alguna (Wolpe y Turkat, 1985). Además, hemos de haber tomado las primeras decisiones respecto al paciente (por ejemplo, iniciar la entrevista o pasar a otro tipo de intervención), incluyendo la elección del estilo terapéutico que vamos a emplear en los primeros momentos de la entrevista. Cuando esta evaluación se hace de modo sistemático, la denominamos exploración inicial. Siguiendo las bases establecidas por los acercamientos a la valoración del estado mental, la exploración inicial utiliza tres métodos, observación, conversación y exploración, generalmente aplicados de modo secuencial, es decir, en primer lugar observamos al paciente, a continuación comenzamos una breve conversación con él y solamente después, si es necesario, llevamos a cabo una exploración más sistemática, que puede llegar al uso de pruebas específicas de evaluación de distintas variables cuando se considere conveniente.

Independientemente de que los primeros momentos de la primera entrevista sean los más adecuados para emplear una estrategia de exploración inicial, puede resultar muy conveniente utilizar una exploración breve en cada sesión con el paciente. Este tipo de labor, una vez entrenada, resulta muy sencilla y rápida, llega a convertirse en una acción intuitiva en el evaluador experimentado y puede aportar datos muy sugerentes sobre la evolución del paciente durante el período entre sesiones.

Se dedica un apartado a cada uno de los tres métodos principales implicados en la exploración inicial (Othmer y Othmer, 1995) y se añade una visión del *Mini-mental State Examination* (Folstein, Foldstein y McHugh, 1975) como ejemplo de prueba de evaluación más usada para cumplir este tipo de objetivos. En cada uno de los apartados se hace hincapié en la génesis y en el contraste de hipótesis.

2.2.1. Observación

La primera tarea a la que se enfrenta el evaluador al ver a la persona por primera vez, por ejemplo al entrar a la consulta y mientras llega a tomar asiento, consiste en observar de forma sistemática todos los aspectos acerca de su imagen y comportamiento: la apariencia física (género, edad, grupo étnico, estado nutricional, higiene y vestido), el nivel de conciencia que presenta o la actividad psicomotora que desarrolla y que puede percibirse (contacto ocular, comportamientos exploratorios, tics, gestos y expresión afectiva facial y corporal). Todo ello puede apreciarse incluso antes de comenzar la conversación y, sin duda, puede ayudarnos a situar mejor a la persona en su contexto cultural y personal y a avanzar algunas hipótesis o desechar algunos problemas.

En el cuadro 2.2 se recogen las principales variables a considerar mediante la observación directa del paciente en la exploración inicial.

Cuadro 2.2. Variables a observar en la exploración inicial.

Apariencia	Conciencia	Actividad psicomotora
Sexo	Alerta	Postura
Edad	Letargia	Movimientos psicomotores
Grupo étnico	Estupor	Movimientos que expresen afecto: faciales y corporales
Estado nutricional	Coma	Contacto ocular
Higiene		Movimientos anormales
Vestido		

Salvo en las ocasiones en las que el paciente muestra comportamientos muy extraños que llaman nuestra atención de forma inmediata, generalmente lo primero que percibimos de él es su apariencia, su imagen. Podemos conocer con muy poco margen de error su género, edad y grupo étnico de procedencia. De forma paralela, podemos observar el estado nutricional y el nivel de higiene personal con el que se presenta a la consulta. Finalmente, podemos obtener algunos indicios mediante la observación de su forma de vestir. Es interesante resaltar cómo la observación de variables tan sencillas puede ofrecer tanta información. Por ejemplo: cualquiera que haya visto una serie de pacientes con anorexia cuando llegan a la consulta puede haber aprendido a identificar los patrones comunes a estos casos: chicas jóvenes o adolescentes, extrema delgadez, vestidas con ropa a la moda pero algo amplia, expresión facial característica con ojeras, señales en los dedos debido a la provocación de vómitos y acompañadas de su madre. Sin duda puede haber excepciones y pueden existir también casos que reúnan todas las características y no sufran problemas de alimentación, pero es indiscutible que la apariencia resulta en estos casos una fuente de hipótesis muy fiable.

El nivel de conciencia al llegar a la consulta es diferente para muchos trastornos y especialmente para el uso de drogas y alcohol. Sin entrar a considerar las situaciones de urgencias (ataques de pánico, crisis epilépticas, intoxicaciones agudas, comas, etc.), en una consulta los pacientes no siempre llegan en un nivel óptimo de conciencia. Los distintos trastornos pueden afectar al nivel de conciencia de forma significativa. Ejemplos típicos pueden ser la frecuente letargia de los estados depresivos y de los abusos de sustancias o el estupor creado por los trastornos de ansiedad, somatización, esquizofrenias, demencias y otros trastornos cognitivos. Debe quedar claro que la primera observación solamente sirve como fuente de hipótesis, nunca supone un diagnóstico y mucho menos modelos de funcionamiento etiológicos o de mantenimiento.

Respecto a la actividad psicomotora del paciente, en esos primeros instantes podemos observar algunos aspectos relevantes. En primer lugar, la postura del cuerpo y los principales movimientos psicomotores pueden indicar problemas relacionados con la motricidad, obviamente, pero también pueden orientar hacia otro tipo de problemas. Existe un cuerpo de investigación importante relacionado con las conductas exploratorias de los animales en ambientes nuevos y los seres humanos no quedamos fuera de esos determinantes de la conducta exploratoria. Por ejemplo: observar las primeras miradas y los movimientos de exploración de un paciente al entrar a la consulta puede aportar información sobre los estados de ansiedad y las habilidades sociales de la persona. El contacto ocular y la expresión facial son claros indicadores de diversos problemas y estados emocionales y afectivos; de nuevo no suponen una información suficiente, pero sí necesaria. Por último, no pueden olvidarse los gestos extraños, tics o movimientos estereotipados que puede presentar la persona desde estos primeros instantes y que serán objeto de seguimiento durante el resto de la evaluación, como problemas en sí mismos o como claves e indicadores de estados emocionales y afectivos del paciente.

Recientemente tuve ocasión de conocer el caso de una mujer de 30 años que sufría un retraso mental leve y seguía un programa de entrenamiento psicomotor debido a unas dificultades al caminar en un Centro ocupacional. Ante el fracaso repetido de los programas habituales de entrenamiento, la psicóloga decidió realizar una evaluación “más a fondo”. Las conclusiones fueron claras: la paciente presentaba una deformidad en la longitud de sus piernas (la derecha era algunos centímetros más larga). Nunca nadie se había ocupado de observar algo tan obvio en toda su historia residencial; todos los profesionales implicados habían asumido sin más que la dificultad de movimiento se debía al retraso mental. Sirva este ejemplo como punto de reflexión respecto a la necesidad de observar, generar hipótesis (varias) y, sobre todo, someterlas a contraste.

2.2.2. Conversación

Se trata de mantener una pequeña conversación informal y sobre temas casuales con el paciente antes de dar comienzo a la entrevista. Este período de acercamiento puede aprovecharse para continuar la observación emprendida anteriormente y, a la vez, para ir introduciendo aspectos relacionados con el examen del estado mental. Mientras se hacen preguntas

como *¿qué tal ha encontrado usted nuestra dirección?, ¿ha venido usted sólo o acompañado? o ¿le ha resultado fácil aparcar?*, podemos evaluar la orientación espaciotemporal del paciente, su lenguaje, el flujo que parece correr su pensamiento, el nivel de atención que demuestra, la concentración que es capaz de mantener, memoria a corto y largo plazo y estado emocional y control afectivo, entre otros aspectos. Un tipo de preguntas que ayuda a iniciar este tipo de conversación puede ser el relacionado con la información de la que ya disponemos por su historial previo: fecha en la que solicitó la cita, nombre, dirección, teléfono, etc.

En el cuadro 2.3 se resumen los principales procesos que pueden evaluarse con este método conversacional.

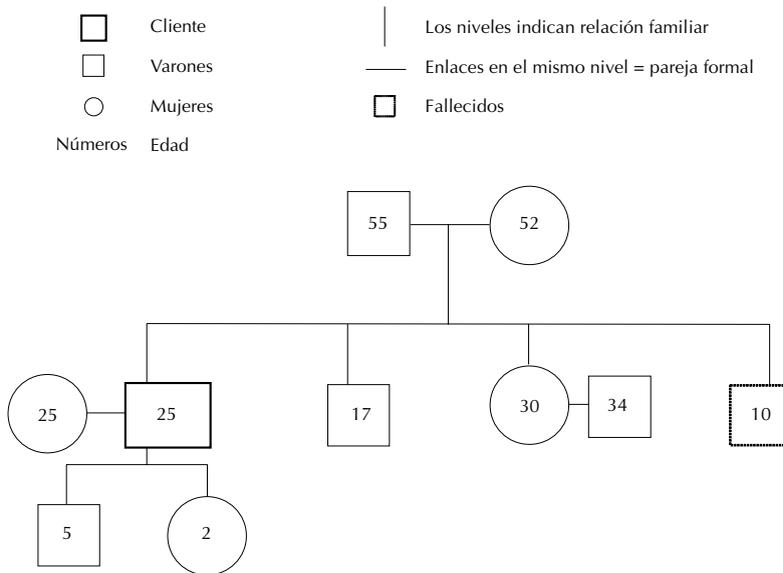
Cuadro 2.3. Aspectos a evaluar durante una conversación en la exploración inicial.

Atención	Lenguaje	Pensamiento	Orientación	Memoria	Afecto
Atención general mantenida	Articulación, ritmo y fluidez	Concreto	Espacio-temporal	Corto plazo	Autopercepción
Atención focalizada	Palabras y gramática	Dispersión	Actual	Largo plazo	Comunicación
Atención selectiva	Velocidad, tono e inflexiones	Capacidad de asociación	Vital e histórica	Biográfica	Motivación
	Aspectos formales	Perseveración		Temas sociales	Respuestas autonómicas
	Lenguaje y afecto	Verbigeración		Distorsión	Postura
		Bloqueos y cambios bruscos		Falsas memorias (<i>déja vu</i>)	Movimientos faciales (micro-expresiones, p. ej.)
		Fuga de ideas		Amnesias	Habla: tono de voz, cualidad, intensidad y duración
		Incongruencias			Estado de ánimo (afectos más duraderos)
		Divagación			
		Disgregación			
		Mezcla de palabras			

Resulta fácil comprender que enganchar al paciente en una charla de apariencia trivial que parece servir exclusivamente para romper el hielo de la relación puede ir mucho más allá. De hecho, puede valorarse cada uno de los aspectos incluidos en el cuadro 2.3, con la ventaja de que el paciente no se siente evaluado en variables que podrían levantar cierta suspicacia por su parte. Por ejemplo: resulta más sencillo y útil para evaluar la orientación temporal preguntar cuándo pidió la cita que: *¿sabe usted en qué mes estamos?*

En esta misma línea, y aprovechando la ocasión para ir avanzando en la recogida de información, éste puede ser un buen momento para recabar información acerca de la estructura familiar y de convivencia del paciente o, confirmarla si ya disponíamos de un avance en un informe preliminar. Así, puede ser un buen momento, para realizar el genograma de la persona, que, además de aportar una información familiar básica, puede ayudar a iniciar la identificación de posibles problemas o apoyos en las relaciones personales próximas. Existen múltiples directrices para efectuar el genograma, nosotros hemos optado por una simplificada que aparece en el cuadro 2.4.

Cuadro 2.4. Instrucciones básicas y ejemplo de genograma.



Genograma de un cliente de 25 años, varón, casado con una mujer de 25 años y con dos hijos de cinco (varón) y de dos (mujer). Sus padres tienen 55 (padre) y 52 (madre) años y ha tenido tres hermanos, de los cuales uno de los varones falleció a los 10 años, otro tiene 17 en la actualidad y la mayor (30 años) se ha casado con un varón de 34 años, sin hijos hasta el momento.

Quizás los aspectos más complejos en esta fase de la evaluación pueden ser los relacionados con el pensamiento, el afecto y el estado emocional y de ánimo. En estos casos, nuestra observación en este momento difícilmente puede pasar de ahí, de una mera observación, pero puede ser muy útil para comenzar una génesis de hipótesis que se aborden en la exploración subsiguiente o más adelante durante la entrevista.

De esta forma, el psicólogo debe disponer de un arsenal de preguntas aparentemente triviales que pueden aportar información sobre las características a evaluar. En cada caso habrá que ir decidiendo sobre la marcha cuáles utilizar y cuáles no resultan necesarias, cuáles se ajustan más al paciente y a la situación concretos y cuáles podrían ser inadecuadas o inspirar suspicacia o desconfianza en el paciente. Sin embargo, independientemente de las preguntas formuladas, la habilidad básica sigue siendo la observación del comportamiento del otro y la generación de hipótesis al respecto.

2.2.3. Exploración

Una vez realizada una observación sistemática que incluye algunos minutos de conversación con el paciente, se está en disposición de comenzar propiamente la primera entrevista. Sin embargo, es posible que durante los momentos anteriores se haya evidenciado algún signo claramente problemático o susceptible de serlo que puede requerir nuestra atención antes de continuar la entrevista. De esta forma, pueden presentarse distintas alternativas que se resumen en el cuadro 2.5.

Cuadro 2.5. *Situaciones que influyen en la toma de decisiones al inicio de la entrevista.*

<i>Situación</i>	<i>Decisión</i>
El paciente presenta algún problema que requiere atención inmediata (p. ej., sufre un ataque de pánico)	Atención clínica inmediata (urgencias)
El paciente presenta déficit permanentes que impiden o desaconsejan la utilidad de la entrevista (p. ej., retraso mental severo o demencias)	Interrumpir la entrevista y proponer o iniciar otras estrategias de evaluación
El paciente presenta problemas agudos que desaconsejan la entrevista (p. ej., intoxicación alcohólica)	Posponer la entrevista para otro momento
El paciente parece presentar problemas que podrían desaconsejar la entrevista, pero no tenemos evidencia suficiente (p. ej., retraso mental leve, posible crisis psicótica, desorientación debida a la ansiedad, estado de ánimo problemático)	Realizar pruebas de exploración antes de empezar la entrevista y reconsiderar la decisión en función de los datos obtenidos
Todos los problemas identificados, si los hay, pueden ser evaluados mediante la entrevista y pruebas específicas posteriores (p. ej., trastornos de ansiedad o depresivos)	Iniciar propiamente la entrevista

El cuadro presentado no pretende ni mucho menos ser exhaustivo, sino una muestra sencilla del tipo de situaciones y de las decisiones que el psicólogo debe tomar en este momento.

Si bien las dos primeras alternativas no son frecuentes en una consulta, ambas pueden llegar a presentarse. En el primer caso, nuestra atención ha de dirigirse sin duda hacia el alivio de los síntomas del paciente y, si fuera necesario, a la solicitud de ayuda médica o traslado del paciente a una Unidad de Urgencias. Algunos ejemplos son todas las crisis paroxísticas, desde ataques de pánico hasta desmayos, epilepsias, etc. En el segundo caso, si el paciente llegó acompañado (suele ser lo normal en estas ocasiones), la entrevista puede realizarse con el acompañante y tener un sentido orientador más que evaluador.

La tercera situación resulta algo más frecuente; aunque más extraño en la primera entrevista, no es absolutamente imposible que algún paciente acuda a la sesión embriagado o en estados transitorios que le incapacitan para llevar a cabo ningún tipo de trabajo terapéutico. Si es posible, podemos aplazar la entrevista hasta algún tiempo más tarde en el mismo día o cambiarla de fecha.

El quinto caso afecta a la mayoría de las situaciones en una consulta y la decisión es sencilla: empezar la entrevista preguntando por el motivo de la misma.

Si ninguna duda la cuarta situación es la más difícil para la toma de decisiones del clínico. Se han identificado signos problemáticos que podrían desaconsejar o condicionar la realización de la entrevista, pero no se ha encontrado la evidencia suficiente para tomar la decisión en uno u otro sentido. En todas estas ocasiones lo más adecuado será llevar a cabo una exploración más específica, aunque sencilla, que pueda ayudarnos a decidir el curso de nuestra intervención posterior. Éste es el tipo de situaciones en el que la exploración y el uso de tests concretos puede resultar de máxima utilidad. El tipo de procesos que suelen estar más presentes en estas situaciones pueden resumirse en los siguientes:

- Alteraciones del estado de ánimo o emocionales que, sin presentarse como crisis agudas, pueden llegar a entorpecer o imposibilitar una entrevista de evaluación. En estas ocasiones puede recurrirse a preguntas específicas sobre el estado actual, si es representativo del estado general de la persona o si bien hoy es un día o un momento especialmente malo por algún motivo. Generalmente este tipo de preguntas ayuda a determinar el alcance del problema y, por tanto, a decidir el curso de la entrevista.
- Variables de la persona como nivel de energía y percepción. Para poder seguir una entrevista de evaluación, el paciente debe tener un nivel de energía adecuado (ni muy bajo, como en algunos procesos depresivos, ni muy alto, como en los episodios maníacos) y una percepción normal (sin alucinaciones ni faltas graves de sensibilidad sensorial). El propio discurso verbal del paciente suele aportar información al respecto; por lo general este tipo de problemas merece una evaluación más específica.
- En la misma línea del punto anterior, hay que explorar el flujo y el contenido del pensamiento del paciente. Pueden identificarse aceleraciones o enlentecimiento del pensamiento, ambos casos; llevados a los extremos, pueden entorpecer enormemente la entrevista de evaluación y merecer una atención especial. En cuanto a los contenidos

del pensamiento, que en todo caso serán objeto de una entrevista de evaluación posterior, se trata de identificar en estos primeros instantes los aspectos especialmente problemáticos o indicadores de problemas. Pueden destacarse las tendencias suicidas y homicidas, las ideas delirantes (depresivas, de grandeza, etc.) o sobrevaloradas, las obsesiones, las ideas irracionales, etc. Este tipo de ideas deben buscarse durante toda entrevista de evaluación, pero identificarlas inicialmente puede ayudarnos a avanzar de forma más rápida en el proceso de EPC.

- La capacidad de introspección que demuestra la persona, y muy especialmente la conciencia de enfermedad que tenga en el momento de la entrevista, influyen de manera importante en la actividad evaluadora e incluso en el tratamiento recomendado. Los diferentes trastornos cursan con diferencias importantes en el nivel de introspección de la persona y resulta fácil entender que la capacidad que mantenga el paciente determina el tipo de preguntas y de información que nos puede proporcionar. Los pacientes con niveles bajos de introspección responden mejor a preguntas del tipo: *¿en los últimos meses otras personas le han llegado a decir a usted que bebe demasiado?*, en lugar de: *¿cuánto está usted bebiendo en los últimos meses?* Un caso especial es el nivel de conciencia acerca del propio trastorno o enfermedad. En algunos tipos de problemas este nivel es muy bajo y un objetivo de la intervención consiste en aumentarlo, para lo cual es necesario disponer de medidas adecuadas y muy iniciales del mismo. Generalmente algunas preguntas sencillas pueden aportar mucha información relevante al respecto: *¿qué piensa usted sobre...?*, *¿considera usted que es normal en su caso...?* o *¿piensa usted que alguien puede ayudarle con ese problema?*
- La valoración de la capacidad de juicio transitoria o crónica que presenta el paciente al acudir a la consulta puede merecer especial atención. Se trata de identificar hasta qué punto los juicios, opiniones y comportamientos emitidos por la persona resultan adecuados a los propios objetivos individuales y a los determinantes sociales. Son indicativas preguntas acerca del funcionamiento de la naturaleza y de las leyes físicas (*¿por qué se hace de noche?*), o sociales básicas (*¿para que sirve la policía?*) o, para las personas con capacidad de juicio algo más compleja, sobre las expectativas individuales (*¿qué espera usted del futuro?*).
- La identificación de posibles dificultades asociadas a trastornos de la inteligencia o cognitivos, que pueden requerir la utilización de pruebas breves pero específicas (tests) de funcionamiento cognitivo. Un buen ejemplo de este tipo de pruebas es el Miniexamen del estado mental (*Mini-mental State Examination*). Pueden encontrarse en el manual mencionado de Othmer y Othmer (1995) otras pruebas sencillas para su uso durante la exploración inicial.

2.3. Miniexamen del estado mental (Mini-mental)

El mejor ejemplo de prueba estandarizada para evaluar de forma sencilla y rápida la capacidad cognitiva y el estado mental en términos generales es sin duda el Miniexamen del

estado mental o Minimental, desarrollado por el equipo de Folstein a mediados de la década de los 70 del pasado siglo xx (Folstein, Foldstein y McHugh, 1975). El Minimental se diseñó como prueba de detección ante posibles problemas intelectuales y cognitivos, especialmente los relacionados con los síndromes orgánico-cerebrales, pero presentes también en otros trastornos (Foldstein *et al.*, 1975). Existe una traducción y adaptación de la prueba a poblaciones españolas llevada a cabo por A. Lobo y J. Ezquerro en 1979 y actualizada en 2002 (Lobo, Saz, Marcos *et al.*, 2002). Es un test que reúne 30 preguntas sencillas que sirven para explorar los principales procesos básicos: orientación espaciotemporal, memoria, lenguaje, comprensión, seguimiento de instrucciones y funcionamiento cognitivo general. Su aplicación no lleva más de 5 min y sus índices de fiabilidad son elevados (fiabilidad test-retest = 0,89; concordancia entre distintos evaluadores = 0,83). Igualmente, las pruebas sobre su validez han mostrado valores importantes y han llegado a identificar los valores medios para distintas poblaciones clínicas; a continuación se incluyen algunos valores medios en problemas significativos (puntuación máxima = 30 puntos):

- Ancianos normales: 27,6.
- Depresión no complicada: 25,1.
- Depresión con desorientación: 19,0.
- Demencia: 9,7.

Utilizando un punto de corte de 22/23, se obtienen índices de sensibilidad del 89,8% y de especificidad del 80,8%.

El Minimental es la prueba más empleada como detección (*screening*) de los déficit cognitivos. Se ha usado para identificar demencias, delirios y valoración gruesa del déficit cognitivo. Si se utiliza de forma repetida, tiene una adecuada sensibilidad para identificar cambios en el tiempo. Pero no debe confundirse con una prueba diagnóstica, ya que ofrece solamente una indicación inicial de posibles problemas.

En el material para el terapeuta se incluyen todos los ítems del Minimental y sus criterios de corrección de la adaptación española de la prueba en la versión de Lobo *et al.* de 2002. Se han desarrollado múltiples versiones y formas de corrección, pero para la mayoría de los autores la versión inicial sigue siendo la más completa y la que ha reunido mayor evidencia. La puntuación tiene un rango de 0-30 puntos los valores por debajo de 23 indican posibles trastornos cognitivos. Algunos autores recomiendan utilizar tres niveles para su interpretación:

- 0-17: déficit cognitivo severo.
- 18-23: déficit cognitivo moderado o medio.
- 24-30: sin déficit cognitivo.

En la versión de Lobo *et al.* (2002) de 35 puntos (incluida en el material), los puntos de corte son:

Personas mayores de 65 años: 23/24 (23 es CASO; 24 es NO CASO).

Personas menores de 65 años: 27/28 (27 es CASO; 28 es NO CASO).

2.4. Motivo de consulta

Una vez finalizada la fase de exploración inicial y tomada la decisión de continuar el proceso de EPC con la entrevista inicial al paciente, se llega al momento de plantear propiamente la primera pregunta de la misma. Normalmente no ha transcurrido más de un par de minutos desde que el paciente entró por la puerta de nuestro despacho. La primera pregunta de la entrevista reviste una importancia especial porque probablemente es la única para la que los pacientes traen una respuesta preparada y, generalmente, refleja el problema principal de la persona desde su punto de vista. Esta primera pregunta debe indagar necesariamente sobre el motivo de consulta. Algunos ejemplos pueden ser:

- *Bueno, usted me dirá...*
- *¿Cuál es su problema?*
- *¿Por qué motivo acude usted a la consulta?*

O cualquier otra variación sobre el tema.

Cuando acuden a la consulta, todas las personas han dedicado algún tiempo previo a pensar lo que van a decir al psicólogo, es decir, prácticamente todos los pacientes tienen un pequeño discurso preparado respecto a sus problemas y a lo que quieren contar en primera instancia al respecto. Generalmente esta argumentación puede extenderse durante algunos minutos (es relativamente complejo preparar una intervención de este tipo de más de 1 o 2 min) y refleja el problema principal del paciente tal y como él mismo lo ve. Es mejor formular preguntas abiertas y muy generales al principio y, posteriormente, después de la primera respuesta dejar un silencio o realizar verbalizaciones mínimas (aja, uhu, umm, etc.) o preguntar:

- *¿Le preocupa algo más?*
- *¿Quiere decir algo más al respecto?*

Las respuestas a esta segunda pregunta suelen aportar información interesante, comienza a haber algo más de espontaneidad y aparecen algunos de los aspectos que el paciente no quiso incluir en su primera intervención (más preparada). Una tercera serie de preguntas puede completar la visión inicial con cuestiones acerca de *¿por qué viene?*, *¿quién le recomendó venir?*, etc., que ayudan a esclarecer algo más el proceso de toma de decisión respecto a acudir al psicólogo para consultar el problema.

Debe tenerse en cuenta que esta primera serie de preguntas comienza a situar al paciente en su rol y a indicarle qué tipo de información y de lenguaje vamos a pedirle. Por tanto, nuestra intervención debe ir dirigida a establecer los roles adecuadamente desde el princi-

pio. En cuanto al tipo de información que vamos a ir requiriendo y modelando (lo más descriptiva posible), no hay que ser impaciente y, sobre todo en las primeras intervenciones del paciente hay que interferir lo menos posible en el lenguaje con el que se expresa, puesto que el tipo de lenguaje empleado para explicar su problema aporta información sobre distintas variables personales de interés (nivel cultural, educación, etc.) y sobre el problema en sí mismo (ideas irracionales, conceptualización, narración del propio problema, etc.), que es muy importante conocer para llevar a cabo un acercamiento adecuado al caso y al paciente.

Resumen

Tipos de información previa

El cliente puede llegar a nuestra consulta con distintos tipos de información previa:

- Historial clínico y otros informes.
- Pruebas biográficas: cuestionarios biográficos.
- Pruebas de detección psicodiagnóstica.
- Minientrevista al solicitar cita.

1. Objetivos y funciones del primer contacto

Los primeros minutos de la primera entrevista son esenciales en el discurrir terapéutico posterior y deben cumplir al menos tres funciones básicas:

- Fuente de las primeras hipótesis.
- Establecimiento de las relaciones terapeuta-cliente. Aclaración de roles y normas de funcionamiento.
- Toma de las primeras decisiones clínicas, entre ellas la de continuar o no la evaluación.

2. La exploración inicial

Utiliza tres métodos complementarios para evaluar de forma rápida una serie muy completa de variables. Puede hacerse en la primera entrevista y en los comienzos de todas las demás como estrategia de evaluación continuada del cambio.

Observación

Deben observarse las siguientes variables:

- Apariencia física (género, edad, grupo étnico, estado nutricional, higiene, vestido, etc.).
- Nivel de conciencia.
- Actividad psicomotora (postura, movimientos, contacto ocular, etc.).

Conversación

Se sigue una conversación de apariencia coloquial y breve (un par de minutos) para evaluar posibles problemas en las siguientes variables: atención, lenguaje, pensamiento, orientación temporoespacial, memoria a corto y a largo plazo y biográfica, y estado y expresión afectiva.

Exploración

En caso necesario se procede a una exploración más sistemática, pero igualmente breve, mediante pequeñas pruebas o fragmentos de tests bien conocidos. Las principales variables a medir tienden a ser:

- Alteraciones del estado de ánimo o emocionales.
- Variables de la persona como nivel de energía y percepción.
- En la misma línea del punto anterior; exploración del flujo y del contenido del pensamiento del paciente.
- Capacidad de introspección que demuestre la persona, muy especialmente la conciencia de enfermedad que tenga en el momento de la entrevista.
- Valoración de la capacidad de juicio que presenta el paciente al acudir a la consulta.
- Identificación de posibles dificultades asociadas a trastornos de la inteligencia o cognitivos.

3. *Miniexamen del estado mental (Mini-mental)*

Es un test que reúne 30 preguntas sencillas que sirven para explorar los principales procesos básicos: orientación espaciotemporal, memoria, lenguaje, comprensión, seguimiento de instrucciones y funcionamiento cognitivo general. Su aplicación no lleva más de 5 min y sus índices de fiabilidad son elevados. Igualmente, las pruebas sobre su validez han mostrado valores adecuados. En la actualidad es la prueba más empleada en la detección de problemas cognitivos severos y deterioros intelectuales y cognitivos.

4. *Motivo de consulta*

La primera pregunta propiamente dicha de la primera entrevista debe permitir al paciente exponer su motivo de consulta. En esta primera pregunta o serie de preguntas el evaluador tiene que:

- Escuchar.
- Respetar los silencios.
- Modelar y moldear el lenguaje y el tipo de información que facilita el cliente.

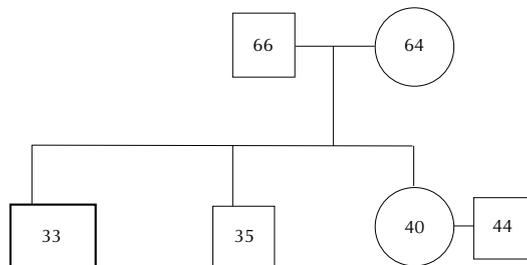
Exposición de un caso clínico

Para facilitar la comprensión de los distintos momentos y actividades del proceso de EPC, se presenta un caso clínico en el que se ejemplifican las principales actividades de evaluación desarrolladas para la puesta en marcha y valoración de la efectividad del tratamiento más adecuado a los problemas del paciente. Se ha elegido un caso tratado en la Unidad Clínica del Master de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM que reviste una complejidad especial en su formulación y tratamiento. La evaluación fue realizada en primera instancia por Ángela Mateo y Francisco Javier Sanmatías, alumnos del Master en aquellos momentos, y dirigida por el autor. Para alguien dedicado a la enseñanza, es gratificante y refrescante tener la oportunidad de aprender de sus alumnos, y el proceso de EPC llevado a cabo resultó un ejemplo perfecto de cómo el circuito de aprendizaje que se establece entre alumno y profesor tiene siempre un doble sentido.

A pesar de que las actividades descriptivas, de diagnóstico y funcionales se fueron superponiendo a lo largo del proceso de EPC, se ha preferido seguir en la exposición del caso la estructura del libro. De esta forma, en cada capítulo se presentan las actividades más relacionadas con él y, salvo en el caso del diagnóstico, se ha procurado seguir un orden temporal ajustado a lo que se hizo. Todos los datos personales y que permitían una identificación personal se han transformado sin modificar la información importante para el funcionamiento del caso.

Datos del cuestionario de admisión y primera entrevista

Anakin es un varón de 33 años de edad que en el cuestionario de admisión ha incluido como principal problema sufrir una depresión. Es el menor de tres hermanos y el único que reside en el domicilio paterno. Su profesión es la de ingeniero informático y en la actualidad se encuentra en paro, aunque ha trabajado en el pasado. Ha estudiado en una universidad privada, pero ahora no sigue estudios formales. No mantiene relaciones sentimentales en la actualidad. Desde hace seis meses sigue tratamiento psiquiátrico (Seroxat, 1/día y Lexatín, 2/día). Su genograma se recoge a continuación:



Anakin acude solo a la primera consulta; presenta un arreglo personal algo descuidado, con ropa correcta pero con apariencia de "algo pasada de moda"; el contacto ocular resulta difícil, la mirada es baja y escapadiza y el saludo muy formal, probablemente en excesivo. El estado de conciencia se corresponde con el de alerta y pendiente de cualquier comentario, movimiento u observación del terapeuta. Tras la exploración inicial no se juzgó necesario utilizar el Minimal ni ninguna otra prueba de exploración específica.

La respuesta a la primera pregunta acerca de sus motivos de consulta fue la de indicar un estado de ánimo deprimido, abatido y sin esperanzas en la vida. Avanzando algo más en la definición de los problemas actuales y los sufridos a lo largo de su vida, se consigue identificar: primero, un bajo estado de ánimo que parece constante a lo largo de toda su vida, o al menos de su vida adulta y, segundo, el sufrimiento de episodios alucinatorios y de pérdida de conciencia desde hace 8 años.

Para el paciente los objetivos ideales del tratamiento son dos:

- Ser más feliz.
- Ser más inteligente.

En estos primeros momentos de la primera entrevista nacieron las primeras hipótesis acerca de los problemas de Anakin. En primer lugar se manejó la hipótesis del episodio depresivo y se revisaron todos sus criterios; enseguida ésta se transformó en una posibilidad de distimia. La aparición de alucinaciones y pérdidas de conciencia nos llevó a considerar la sintomatología psicótica y la posibilidad de una esquizofrenia. Si se asocian los problemas del cliente con los objetivos ideales sugeridos por él mismo, se apunta la posibilidad de diversos trastornos de la personalidad, esquizotípico, de evitación, límite y paranoide.

En esta situación empezó la entrevista de evaluación propiamente dicha y se comenzaron las labores del análisis descriptivo y de diagnóstico que se verán en los siguientes capítulos.

Preguntas de autoevaluación

1. Los principales objetivos a cumplir en los primeros instantes de la primera entrevista son:
 - a) Generar las primeras hipótesis.
 - b) Iniciar el control de las relaciones terapeuta-cliente.
 - c) Tomar las primeras decisiones clínicas (por ejemplo, seguir o no el proceso de EPC).
 - d) Las tres anteriores son correctas.
 - e) Las dos primeras son correctas, pero las decisiones deben tomarse bastante más adelante.

2. Los métodos de la exploración inicial son:
 - a) Observación y entrevista.
 - b) Entrevista y tests.

Manual práctico de Evaluación psicológica clínica

- c) Observación, entrevista y exploración.
 - d) Exploración y preguntas de diagnóstico.
 - e) Observación, conversación y exploración.
3. El Minimental es:
- a) Una prueba para evaluar el retraso mental.
 - b) Una prueba de diagnóstico de los problemas cognitivos.
 - c) Una prueba de detección de problemas cognitivos.
 - d) Una serie de preguntas que abordan los esquemas mentales de la persona.
 - e) Una prueba para evaluar ideas irracionales.
4. En las primeras preguntas de la entrevista es conveniente:
- a) Dejar hablar al paciente, escuchar, respetar los silencios y comenzar a modelar y moldear el lenguaje del paciente.
 - b) Dejar hablar al paciente, pero sabiendo que esta primera información tiende a no ser muy relevante.
 - c) Dirigir al cliente desde el principio hacia la historia del problema.
 - d) Obtener todos los datos personales (familia, dirección, teléfono, etc.).
 - e) Escuchar al cliente sin formular preguntas hasta que venza sus resistencias.

3

Evaluación para el diagnóstico

Muy frecuentemente la labor diagnóstica se encuentra insertada en el proceso más amplio de EPC. Sin embargo, en algunas ocasiones es conveniente o necesario establecer un diagnóstico sin poder completar el proceso de evaluación. Por otra parte, también resulta de interés conocer los instrumentos diagnósticos y su funcionamiento aislado para poder integrarlos mejor, completos o de forma fragmentada, en el proceso de EPC. Todo ello hace muy conveniente la inclusión de un capítulo dedicado en exclusiva al diagnóstico en salud mental en un texto como éste.

En el presente capítulo se revisan brevemente las relaciones existentes entre los sistemas diagnósticos y el proceso de EPC y se comentan las principales estrategias diagnósticas propuestas hasta el momento: cuestionarios, entrevistas estructuradas y semiestructuradas, abordando en cierto detalle solamente las que pueden ofrecer mayor utilidad en el enfoque clínico de los casos. Finalmente, se comenta someramente la posibilidad, más frecuente, de llevar a cabo el diagnóstico durante el proceso de EPC.

3.1. El diagnóstico en el proceso de evaluación clínica

Las relaciones existentes entre el diagnóstico y la EPC son múltiples y complejas, hasta el punto de que para algunos autores ambos términos se refieren al mismo proceso, mientras que para otros son conceptos que se excluyen mutuamente y que representan los polos de dos acercamientos distintos a los problemas clínicos. Pueden observarse dos corrientes principales: la estructuralista (diagnóstico o clasificaciones nosológicas) y la funcionalista (evaluación, análisis funcional o psicodiagnóstico), con sus puntos intermedios (por ejemplo, clasificaciones dimensionales).

El campo del diagnóstico y la evaluación clínica de los trastornos mentales se ha transformado muy rápidamente en los últimos años y ha cambiado completamente el panorama y las posturas que eran habituales desde finales del siglo XIX hasta la década de los 80 del XX.

En esta línea, la aparición de manuales diagnósticos descriptivos y pretendidamente ateóricos ha desligado el proceso diagnóstico de la interpretación etiológica y de mantenimiento, permitiendo de este modo la utilización de las mismas categorías diagnósticas a profesionales con diversas orientaciones teóricas. De esta forma, en la actualidad podrían diferenciarse ambos términos de forma separada.

La *EPC* puede definirse como el proceso de evaluación y medida de los factores psicológicos, biológicos y sociales y sus relaciones en una persona o grupo de personas con posibles trastornos psicológicos. Por su parte, *diagnóstico* es el proceso por el cual se determina si los problemas que afectan a una persona cumplen todos los criterios de un trastorno psicológico, que vienen especificados en las clasificaciones diagnósticas al uso (DSM-IV-TR y CIE-10). De esta manera, se conceptúa el diagnóstico como un aspecto del proceso global de EPC, es decir, la EPC engloba el diagnóstico como una de sus tareas y posibilidades de actuación. Si bien ambos procesos pueden mantenerse independientes en el sentido de que puede existir diagnóstico sin EPC y viceversa, la interacción entre ambos resulta enriquecedora y ayuda a hacer converger las posiciones estructuralistas y funcionalistas en una visión integradora.

La conjunción de ambos procesos nos ayuda también a resituar los enfoques nomotéticos e ideográficos que tradicionalmente han venido apareciendo como visiones opuestas de la realidad. Parece que usar la estrategia ideográfica es útil para conocer aquello que es único en la persona, su personalidad, su referencia cultural o sus circunstancias individuales. Esta información resulta imprescindible para diseñar tratamientos personalizados. Sin embargo, emplear una estrategia nomotética que nos posibilite conocer la evidencia acumulada sobre un trastorno concreto puede ayudarnos a conocer mejor las características del trastorno y de las personas que lo sufren, a la vez que sus tratamientos más efectivos, lo cual puede resultar igualmente necesario. Sin duda, la combinación de ambas estrategias permite obtener el máximo partido de la información acumulada sobre un trastorno para su aplicación a una persona y a unas circunstancias necesariamente únicas.

En toda ciencia un primer requisito imprescindible para su avance es el de la observación de la realidad y su consecuente clasificación. El estudio de los trastornos psicológicos no puede permanecer ajeno a este axioma; así, en el último siglo se ha intentado conseguir una clasificación adecuada y útil de los problemas que sufren los seres humanos. Aunque el tema ha levantado polémicas históricas y mantiene cierta actualidad, el sentido común parece que acabará por asentarse también en la Psicología. A las preguntas tradicionales sobre si resulta ético clasificar el comportamiento humano, con sus distintas variaciones a lo largo del tiempo y los sistemas filosóficos de referencia, se responde con el hecho de que, nos guste o no, el ser humano funciona precisamente de ese modo, haciendo clasificaciones de todo tipo para entender la realidad. Por otra parte, parece lógico que no resulta útil estar obligados a *inventar la rueda* en cada ocasión que se efectúe una nueva evaluación y que, sin embargo, parece más adecuado recurrir al conocimiento acumulado al respecto en cada caso. De esta forma, la acumulación de conocimiento tiene que permitir elaborar clasificaciones acerca de las pautas de covariación de los comportamientos (si existen dichas pautas, obviamente).

Una vez superado este obstáculo, ¿qué tipo de clasificación será más útil a la Psicopatología? A lo largo de la historia encontramos tres propuestas aparentemente distintas: categoriales, dimensionales y prototípicas.

Los acercamientos *categoriales* a la nosología provienen de la Psiquiatría más clásica, como los trabajos de Emil Kraepelin, quien en su *Compendium de Psiquiatría* de 1883 publicado en Leipzig ya describía síndromes categoriales, y la tradición biologicista. Se asume que cada trastorno tiene una causa biológica inicialmente, aunque las perspectivas posteriores pueden llegar a admitir otros tipos de causas relacionadas con la cultura o con aspectos diversos del aprendizaje. Lo común en este acercamiento es que todos los trastornos se consideran distintos entre sí y perfectamente diferenciados unos de otros (debido a que tienen causas diversas). El acercamiento *dimensional* nos sitúa en la posibilidad de evaluar los comportamientos, cogniciones o afectos en dimensiones más o menos básicas y generalmente numéricas. Más que categorías se identifican perfiles para cada trastorno. Son enfoques que nacen con el desarrollo de los tests psicométricos; buenos ejemplos pueden ser los propuestos alrededor del MMPI o los iniciados por Theodore Millon en su prueba MPCÍ. La tercera vía la componen los acercamientos *prototípicos*, que parten del reconocimiento de la gran variabilidad y de los principios de multicausalidad del comportamiento humano. De esta forma, se pueden identificar ciertas características esenciales en cada trastorno y algunas otras que pueden aparecer pero no resultan esenciales. Éste no es el enfoque perfecto para definir los trastornos psicológicos, pero realmente parece el más útil en el momento actual del conocimiento y ha sido el elegido para diseñar los DSM; a partir de su tercera edición, es el empleado en el actual DSM-IV-TR. De este modo, en cada trastorno podrá existir un grupo de criterios básicos (de cumplimiento obligatorio) y otro de optativos, de los que cada caso puede presentar algunos, pero no todos necesariamente, que configuran el prototipo de trastorno. Esta perspectiva facilita enormemente la conjugación de categorías diagnósticas nomotéticas y de aplicaciones diagnósticas ideográficas que permiten personalizar la evaluación mientras se mantiene una referencia global.

Aunque no exenta de críticas [para una revisión de los principales enfoques críticos puede consultarse: Beutler y Malik (2002), *Rethinking the DSM*. APA: Washington, DC], las ventajas que ha añadido la adopción de este tipo de sistemas por parte de la comunidad científica relacionada con la salud mental han sido muy importantes. En el cuadro 3.1 se recogen algunas de las más relevantes.

Como puede concluirse de la observación del cuadro, el balance entre ventajas y limitaciones favorece mucho el empleo de las categorías diagnósticas en el proceso de EPC. El nivel de acuerdo y comunicación alcanzado entre profesionales al utilizar las clasificaciones DSM-IV-TR y CIE-10 es más alto que el logrado mediante cualquier otro método anterior, incluso entre evaluadores con formación académica y enfoque teórico similares. Los avances de la investigación epidemiológica ocurridos gracias al uso de estas categorías diagnósticas y de los instrumentos estandarizados de diagnóstico son evidentes en los estudios ECA (Eaton y Kessler, 1985) y en las comparaciones transculturales que se posibilitan gracias a los instrumentos derivados de estas clasificaciones. En este sentido, nuestro propio grupo de investigación ha sido pionero en esta línea de trabajo al colaborar con grupos de

Cuadro 3.1. Ventajas y limitaciones de las clasificaciones prototípicas en Psicopatología.

Clasificaciones nosológicas prototípicas (DSM-IV-TR)	
Ventajas	Limitaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitación de la comunicación entre profesionales • Encuadre de la investigación epidemiológica • Encuadre de la investigación clínica (psicopatología, evaluación y tratamientos) • Sistematización y guía heurística de evaluación y tratamientos • Ayuda a la formulación clínica • Facilitación de la comparación de la efectividad de distintos tratamientos en el mismo trastorno 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en la graduación de un trastorno • Falta de teoría • Poca claridad en los casos difíciles • Dobles o triples diagnósticos • Posible psiquiatrización de algunos problemas (por ejemplo, problemas de relaciones personales)

la *RAND Corporation* de Los Angeles y el *Research Triangle Institute* de Washington, DC en la comparación, incluso ítem a ítem, de datos epidemiológicos en personas sin hogar provenientes de este tipo de instrumentos [(ver: Muñoz, M.; Vázquez, C.; Koegel, P.; Sanz, J. y Burnam, A. (1998): "Differential patterns of mental disorders among homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (CA, USA)". *Social Psychiatry y Psychiatric Epidemiology*, 33, 514-520. Muñoz, M.; Vázquez, C.; Sanz, J.; Koegel, P. y Burman, A. (2002): "Alcohol and Drugs use patterns in Homeless in Madrid and Los Angeles". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vázquez, C.; Muñoz, M.; Crespo, M.; Guisado, A. B. y Dennis, M. (2003): "A comparative study of the 12-month prevalence of physical diseases among homeless people in Madrid (Spain) and Washington DC. (USA)". *Journal of Social Issues*)]. Del mismo modo, la identificación de un trastorno y su definición sobre criterios descriptivos ha permitido enfocar los fondos de investigación en direcciones concretas, lo que ha redundado en la acumulación de información sobre distintos problemas dando lugar a auténticas "revoluciones" en algunos ámbitos, por ejemplo en los trastornos de pánico o en los de estrés postraumático, en los que los desarrollos de los últimos años han sido realmente espectaculares. Por otra parte, esta misma conjunción de clasificación y descripción ha facilitado la línea de trabajo acerca de la acumulación de evidencia empírica sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos que ha venido desarrollando la APA desde la década de los 90 del siglo XX (criterios diagnósticos-manual de tratamiento-estudios de eficacia), ayudando de esta forma a la investigación clínica y a la práctica cotidiana al servir el diagnóstico como guía para la selección de tratamientos psicológicos. Por último, un punto especialmente relevante es el de la posible conjunción entre enfoques estructuralistas y funcionales al posibilitarse la cooperación entre las estrategias diagnósticas y las de formulación clínica. Más adelante, en los

capítulos dedicados a la evaluación para el tratamiento, se retomará este punto en cierto detalle, aunque pueden adelantarse algunas implicaciones. Al especificarse los criterios diagnósticos de forma mucho más descriptiva y al iniciarse una acumulación de evidencia relativa a la aparición conjunta (covariación) de esos criterios en configuraciones que denominamos trastornos, se facilita enormemente la identificación por parte del evaluador de los problemas del paciente, que generalmente tienen un alto nivel de coincidencia con las listas de criterios de cada trastorno. Los modelos teóricos propuestos para la explicación de los distintos cuadros ofrecen una ayuda muy importante a la formulación clínica y sirven de guía y contraste de la misma. Las implicaciones en la calidad de la EPC que esto conlleva se analizarán en su momento, pero son muy importantes, especialmente en cuanto a fiabilidad, validez de contenido y estrategias correlacionales de contraste de hipótesis de formulación (validez de constructo).

Sin embargo, es necesario advertir que el proceso de EPC, particularmente la formulación clínica del caso, va más allá del mero diagnóstico. Las posibilidades explicativas que añade la formulación son especialmente relevantes en los casos complejos, por ejemplo en los que tienen más de un diagnóstico (para los que no se dispone de modelos explicativos *ad hoc*). Igualmente, la personalización del tratamiento sólo puede quedar garantizada por la formulación, nunca por el diagnóstico, incluso aunque éste sea prototípico y no estrictamente categorial. De este modo, el diagnóstico supone una ayuda muy importante a la EPC, pero de ninguna manera puede suplantarla actualmente.

3.2. Sistemas de diagnóstico actuales: DSM-IV-TR y CIE-10

En el año 1980 cambió el panorama sobre el diagnóstico nosológico con la aparición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III) de la *American Psychiatric Association*, liderado por Robert Spitzer y publicado en Washington por la APA en ese mismo año. En él se hizo un esfuerzo por fijar descripciones específicas de cada trastorno incluido intentando eliminar en la medida de lo posible todas las referencias a modelos teóricos que habían dividido hasta entonces el área. Se especificaron los criterios diagnósticos para cada trastorno en listas que permitieron aumentar los niveles de fiabilidad y validez de la clasificación. Se propuso la utilización de cinco ejes, alguno de ellos dimensional. A pesar del esfuerzo y avance que supuso la publicación del DSM-III, enseguida comenzó a hacerse evidente que sería necesario reformularlo para superar algunos problemas muy evidentes que no consiguió superar ni la revisión del DSM-III en el DSM-III-R, publicado de nuevo en Washington por la APA en 1987. Entre los principales problemas de aquella versión se encontraban: la existencia de categorías con bajos niveles de fiabilidad y validez (trastornos somatoformes o trastornos de personalidad); algunos trastornos excesivamente difíciles en su diagnóstico (por ejemplo, ansiedad generalizada o fobia simple); y que ambas versiones tenían un escaso carácter transcultural. A pesar de todo lo anterior, el aspecto crítico fundamental provino de la forma de redacción de la clasificación, con comisiones de trabajo sobre cada grupo de trastornos en las que las decisiones se tomaban median-

te consenso o mayoría por votación. Este método parecía reflejar mejor la estructura de poder de la APA que la realidad psicopatológica de los pacientes. Desde luego, no parecía el mejor sistema para elaborar una clasificación de este tipo.

A finales de la década de los 80 ya resultaba evidente la utilidad de un sistema diagnóstico internacional, a poder ser único y que estuviera basado más en la evidencia que en los votos. De esta forma, se comenzaron los trabajos de las versiones DSM-IV de la APA (que publicaría la APA en Washington en 1994) y CIE-10 de la OMS (OMS, 1992; 1997). Se hicieron esfuerzos para aunar ambas versiones, se celebraron reuniones conjuntas y se compartió información e incluso comisiones de trabajo. Sin embargo, se mantuvieron ambas clasificaciones, probablemente por diferencias económicas y políticas más que científicas. El DSM-IV, liderado por Allen Francis, llevó a cabo desde 1988 hasta su publicación en 1994 la más importante revisión de la evidencia acumulada respecto a los trastornos mentales que se haya hecho nunca, incluidos 12 estudios de campo independientes para examinar los criterios y las definiciones propuestas. La mayoría de las decisiones en las comisiones se basaron en estos datos más que en votaciones o consensos. Los cambios más importantes introducidos tuvieron que ver con:

- La eliminación de las diferencias entre trastornos biológicos y psicológicos y la aceptación de la multicausalidad biopsicosocial de los trastornos mentales.
- La reformulación de algunos trastornos incluidos en el eje I.
- La simplificación del eje II.
- La clarificación y especificación de los estresores psicosociales y ambientales en el eje IV.
- La propuesta de ejes opcionales: mecanismos de defensa o estrategias de afrontamiento, funcionamiento sociolaboral y funcionamiento en las relaciones personales.
- La consideración de aspectos transculturales que pueden influir en el diagnóstico.

La versión DSM-IV-TR vigente en la actualidad es simplemente una revisión del texto para corregir errores y ajustarlo a los requerimientos políticos y científicos del momento. Aunque el texto aumenta 50 páginas sobre el DSM-IV, los cambios no resultan demasiado importantes.

Por su parte, la OMS publicó el listado de trastornos clínicos mentales y conductuales en 1992 y propuso una visión en tres ejes en 1997. En el cuadro 3.2 se revisan las principales similitudes entre ambas clasificaciones.

Como puede observarse en el cuadro, los ejes II y III de la CIE-10 se corresponden muy estrechamente con los V y IV, respectivamente, del DSM-IV-TR, mientras que el eje I de la CIE-10 engloba los ejes I y II del DSM-IV-TR. Si bien ambas clasificaciones se han acercado mucho, algunos autores siguen prefiriendo emplear el DSM-IV-TR especialmente por su mayor claridad en las descripciones de los criterios y de los trastornos. Sin embargo, la convergencia entre ambas clasificaciones comienza a ser tan evidente que en un futuro próximo probablemente lleguen a identificarse finalmente en una clasificación internacional

única de los trastornos mentales y conductuales (por ejemplo, en la versión española del DSM-IV-TR se incluyen los códigos diagnósticos CIE-10 en cada trastorno para facilitar el uso conjunto de ambas clasificaciones).

Cuadro 3.2. Similitudes entre DSM-IV-TR y CIE-10.

DSM-IV-TR (APA, 2000)	CIE-10 (OMS, 1997)
<ul style="list-style-type: none"> • Eje I: Trastornos clínicos Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Eje I: Diagnósticos clínicos
<ul style="list-style-type: none"> • Eje II: Trastornos de la personalidad Retraso mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Eje II: Discapacidades: Cuidado personal (0-5) Ocupación (0-5) Familia y vivienda (0-5) Contexto social (0-5)
<ul style="list-style-type: none"> • Eje III: Enfermedades médicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Eje III: Factores del contexto
<ul style="list-style-type: none"> • Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales 	
<ul style="list-style-type: none"> • Eje V: Evaluación de la actividad global Escala de evaluación del funcionamiento global (0-100) 	

Cabe destacar, en esta misma dirección, los esfuerzos realizados por la OMS para actualizar su clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF; OMS, 2001), diferenciando entre los factores de funcionamiento y discapacidad (funciones y estructuras corporales y actividades y participación) y los contextuales (ambientales y personales), todos ellos con sus dominios correspondientes. El papel del funcionamiento psicosocial y de las habilidades adaptativas en la nueva clasificación es muy relevante y coloca los aspectos psicológicos en el centro de la clasificación. Es de esperar que el peso del funcionamiento psicosocial vaya en aumento en los proyectos diagnósticos y de medida de resultados del futuro más próximo. Un comentario más amplio se presenta en esta misma editorial [(Pérez Santos y Casado (en prensa): *Habilidades adaptativas*, Madrid: Síntesis)].

En la obra presente se sigue la orientación mayoritaria, es decir, utilizar las clasificaciones DSM-IV-TR en el diagnóstico de los trastornos mentales, aunque con referencias a la

CIE-10 siempre que pueda ser conveniente o necesario. De este modo, debemos abordar a continuación el problema de ¿cómo se identifican los trastornos o los criterios diagnósticos?, ¿qué herramientas se han desarrollado para facilitar este proceso? y ¿cómo se relaciona el diagnóstico con el proceso de EPC? Los siguientes puntos intentan ofrecer respuesta a este tipo de preguntas.

3.3. Formas de proceder en el diagnóstico de los trastornos mentales

Las herramientas diseñadas para facilitar el diagnóstico de los trastornos psicológicos han experimentado un desarrollo espectacular en los últimos años. Desde la aparición del DSM-III se ha generado una fuerte investigación que ha desembocado en la puesta a punto de diversos instrumentos y técnicas de diagnóstico que comprenden cuestionarios, entrevistas estructuradas, pautas de entrevista semiestructurada y, evidentemente, propuestas para la inclusión de las categorías en los procesos de EPC, necesariamente más amplios. Aunque significaron un avance espectacular respecto a los instrumentos diagnósticos anteriores, la primera generación de este tipo de pruebas usó principalmente estrategias derivadas de las entrevistas estructuradas epidemiológicas, lo que resultó claramente inadecuado para la práctica clínica cotidiana (demasiado largos, complejos, rígidos, etc.). La segunda generación, que comienza a aparecer durante la década de los 90 y principios del siglo XXI, busca mucho más la utilidad práctica, aun a riesgo de perder algo de calidad. A continuación se revisan algunos ejemplos de ambos tipos de instrumentos.

3.3.1. Cuestionarios

Entre los instrumentos desarrollados para facilitar el diagnóstico de los trastornos psicológicos, los cuestionarios suponen una primera alternativa que reúne diversas ventajas, como son la escasa formación necesaria para su utilización, la rapidez y la facilidad de análisis. En virtud de ello, los cuestionarios con posibilidades diagnósticas han sido instrumentos frecuentemente empleados en trabajos de investigación, como los de laboratorio, los estudios epidemiológicos y los estudios de evaluación de la efectividad de las intervenciones (*outcomes*). Mientras tanto, su papel en la intervención clínica cotidiana resulta igualmente frecuente, especialmente en labores de detección inicial del paciente para su admisión y derivación, si procede; como ayuda en la identificación de problemas; como instrumentos de contraste de hipótesis y confirmación por convergencia del diagnóstico; y como medidores del cambio a lo largo del tratamiento.

— *Criterios de calidad de los cuestionarios diagnósticos*

- *Sensibilidad*: es el porcentaje de casos verdaderos que se clasifican correctamente (verdaderos positivos); una baja sensibilidad provoca infradetección de casos.

- *Especificidad*: se refiere al porcentaje de no casos que se identifican correctamente (verdaderos negativos); una baja especificidad da lugar a sobredetección.

A pesar de las evidentes ventajas derivadas de su aplicación siempre y cuando cumplan unos criterios de calidad adecuados (especialmente sensibilidad y especificidad), los cuestionarios reúnen un número de limitaciones igualmente importantes. Entre ellas, cabe destacar que son muy pocos los que realmente llegan a ofrecer un diagnóstico DSM o CIE la mayoría se quedan en ofrecer clasificaciones en los principales grupos de trastornos (ansiedad, estado de ánimo, etc.); otros consiguen indicar la probabilidad de que la persona sufra algún trastorno, pero no revisan los criterios diagnósticos (cuestionarios de *screening* o detección); y, finalmente, la mayoría ofrecen información partiendo del enfoque teórico que los sustenta, aunque algunos presentan unos índices de validez de criterio relativamente altos para diferenciar personas con o sin trastornos diagnosticados.

Todo ello hace que, a pesar de la utilidad y aparente facilidad de manejo de los cuestionarios, éstos deban emplearse con cautela, especialmente si lo que se quiere es llegar a un diagnóstico DSM o CIE. Parece más útil incluir los cuestionarios en un proceso global de EPC que les dote de sentido y enmarque sus resultados.

En el cuadro 3.3 se resumen algunos de los principales cuestionarios usados con propiedades diagnósticas contrastadas, que revisan toda la posible patología del paciente. La selección no pretende ser exhaustiva y solamente intenta ofrecer una panorámica general de los instrumentos más empleados. Los más específicos, que se centran en algún trastorno concreto o grupo de ellos, reciben una visión en mayor detalle en cada uno de los volúmenes de la presente colección o en el texto ya citado de Muñoz *et al.* (2002).

Una de las herramientas que puede resultar más útil en la práctica clínica y tiene una integración muy sencilla en el proceso de EPC es el PHQ (*Patient Health Questionnaire*) propuesto por Spitzer, Kroenke y Williams (1999) a partir del PRIME-MD, que los mismos autores habían presentado en 1994 como herramienta útil en la práctica médica en Atención primaria. El PHQ es una herramienta de segunda generación que prima la brevedad sin perder la calidad de sus precedentes. En este caso se usa una estrategia de dos fases: en primer lugar se aplica un cuestionario muy breve que, una vez revisado por el evaluador, se puede completar con una segunda fase de entrevista semiestructurada, igualmente breve, que confirma la detección inicial. Aunque el instrumento está diseñado para su aplicación por profesionales de la salud sin especialización en salud mental, puede resultar muy útil en la consulta clínica de salud mental como ayuda a la detección inicial de problemas y acercamiento al diagnóstico. En el material para el terapeuta se incluye el instrumento completo.

El PHQ se ha diseñado siguiendo los criterios DSM-IV y la información acumulada sobre la sensibilidad y especificidad de las preguntas incluidas en las entrevistas estructuradas. En el caso de la depresión, las dos preguntas de detección propuestas han identificado adecuadamente al 96% de las personas que sufrían depresión con criterios DSM-IV. Sin embargo, aparece cierto número de falsos positivos, lo que hace imprescindible el uso de los

Cuadro 3.3. Cuestionarios generales útiles para el diagnóstico.

Cuestionarios	Áreas exploradas
MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham <i>et al.</i> , 1989) 567 ítems 60-90 min	Hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, manía, masculinidad-feminidad, introversión, extroversión social y escalas de corrección
MCMI-III (Millon, Davis y Millon, 1997) 175 ítems 20-30 min	Evalúa estilos de personalidad y algunos de los trastornos del eje I y II: esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva, compulsiva, pasiva-agresiva, autodestructiva, esquizotípica, paranoide y límite
SCL-90 - BSI (Derogatis, 1993) 90-60 ítems 20 min	Somatización Obsesión-compulsión Sensibilidad interpersonal Depresión Ansiedad Hostilidad Ansiedad fóbica Ideación paranoide Psicoticismo
GHQ-28 y otras versiones (12, 30 y 60) (Golberg, 1978) 28 ítems 10 min	Salud general Somático Ansiedad Social Depresión
SF-36 y otras versiones (12 y 20) (Ware y Sherbourne, 1992) 36 ítems 5-10 min	Funcionamiento físico Limitaciones de rol por problemas físicos Dolor corporal Salud general Vitalidad Funcionamiento social Limitaciones de rol por problemas emocionales Salud mental
<i>CIDI Checklist</i> (OMS, 1997) Diversas listas para los principales trastornos	Criterios CIE-10 y DSM-IV Principales grupos de trastornos incluidos en la CIDI
MINI (Sheenan <i>et al.</i> , 1998) Dos fases: 25 ítems entrevista 15-20 min	Criterios DSM-IV y CIE-10 15 grupos principales del eje I del DSM-IV Trastorno de personalidad antisocial

(.../...)

Cuadro 3.3. (continuación)

Cuestionarios	Áreas exploradas
PRIME-MD (Spitzer, Williams, Kroenke <i>et al.</i> , 1994) PHQ (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999) Dos fases: cuestionario 26 ítems entrevista 20-5 min	Criterios DSM-IV Depresión Ansiedad Estrés Alcohol y drogas Problemas cognitivos graves

factores de confirmación antes de avanzar cualquier diagnóstico. Si de los tres factores de confirmación el paciente sufre dos durante más de dos semanas, el diagnóstico de depresión es prácticamente seguro. Por supuesto, no debe olvidarse la necesidad de evaluar el potencial de suicidio en estos casos por métodos tradicionales. En el caso de la ansiedad, se utilizan la ansiedad crónica y los ataques de pánico como claves para identificar los principales trastornos; la sensibilidad y especificidad siguen siendo tan elevadas como en la sección anterior. La inclusión de las preguntas de estrés en un instrumento tan breve responde al hecho de que el 12% de los pacientes que acuden a Atención primaria sufren síntomas de estrés posttraumático y un alto número de pacientes de salud mental han sufrido sucesos traumáticos en su infancia, por lo que, siguiendo las directrices de la APA (psicológica), parece conveniente incluir preguntas sobre este tipo de problemas y situaciones en todas las consultas relacionadas con la salud mental. La sección de alcohol y drogas resulta la más problemática por la disparidad de criterios y usos culturales, esencialmente del alcohol. Por ejemplo: la costumbre mediterránea de comer con un vaso de vino, claramente saludable para el funcionamiento cardiovascular, puede situar a algunas personas en las categorías más altas del Instituto Nacional para el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo de los Estados Unidos (NIAAA). Los precios y gastos en alcohol deben considerarse en función del mercado en cada momento y en cada país o ciudad. Todo ello hace que los criterios NIAAA tengan que tomarse con cautela en nuestro contexto. Los autores del PHQ son conscientes de ese tipo de problemas y por ello incluyen de forma añadida o alternativa en algunos casos el CAGE-AID, idéntico al CAGE original pero modificado para incluir las demás drogas. Por último, la sección de problemas cognitivos incluye el *Mini-Mental State Examination* de Folstein *et al.* (1975). En nuestro caso, podemos emplear la versión española de Lobo y cols. de 2002 incluida en este texto.

Este instrumento puede emplearse como cuestionario inicial, junto a los biográficos o a los de motivo de consulta. Igualmente, las preguntas y las áreas de exploración puede considerarlas el evaluador en las primeras fases de la evaluación para ir confirmando o descartando posibles diagnósticos y problemas de la persona dentro de una entrevista semi-estructurada más amplia.

3.3.2. Entrevistas estructuradas

Como consecuencia de la publicación de clasificaciones diagnósticas que incluyen criterios descriptivos y normas explícitas para cada diagnóstico, se hace posible la realización de entrevistas estructuradas que revisen cada uno de los criterios y dispongan de algoritmos de corrección que permitan obtener los diagnósticos sin juicios clínicos ni teóricos. Este tipo de entrevistas tienen unos orígenes totalmente relacionados con la estandarización de los criterios diagnósticos y sus aplicaciones principales fueron durante algún tiempo los trabajos de laboratorio y los estudios epidemiológicos de salud mental. Por ejemplo: los grandes estudios epidemiológicos como los ECA en los Estados Unidos no resultaron posibles hasta contar con una entrevista estructurada como la DIS, que ofrecía diagnósticos DSM-III. Una vez perfeccionadas en los laboratorios y puestas a punto en los estudios epidemiológicos, su aplicación ha ido pasando progresivamente a la clínica, aunque su poca flexibilidad y su larga duración ha dificultado mucho su aceptación por los clínicos. Sin embargo, su influencia ha ido mucho más allá y ha dado lugar durante la década de los 90 a la segunda generación de instrumentos estructurados y semiestructurados, derivados de los datos acumulados de su aplicación a grandes muestras y de la optimización del número y de la complejidad de las preguntas formuladas.

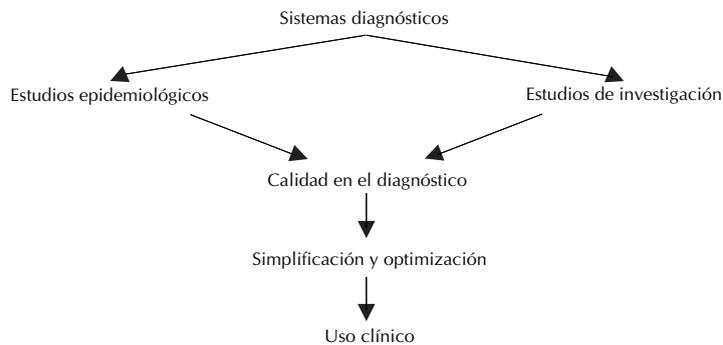


Figura 3.1. Evolución de los instrumentos diagnósticos de investigación a la clínica.

Las entrevistas estructuradas reúnen algunas ventajas importantes que han justificado su difusión en los últimos años a pesar de no ofrecer información funcional y de resultar en algunas ocasiones largas y costosas para el entrevistado, quien debe repasar todos los aspectos de su vida respondiendo en muchas ocasiones con monosílabos. Las principales ventajas pueden resumirse en las siguientes:

- Aumentan la validez de contenido al incluir preguntas relacionadas directamente con los criterios a medir.
- Incrementan la concordancia entre entrevistadores a niveles muy altos.
- Permiten obtener los diagnósticos de los trastornos psicológicos por entrevistadores con poca formación clínica.
- Facilitan la investigación para obtener bases de preguntas diagnósticas con alta calidad.
- Operativizan los criterios diagnósticos.
- Facilitan enormemente la puesta en marcha de estudios epidemiológicos de salud mental y permiten la comparación entre distintos momentos y poblaciones.

Como puede observarse en el cuadro 3.4, las primeras entrevistas estructuradas de diagnóstico se realizaron a partir del PSE, en la línea del SCAN, y de los Criterios diagnósticos de investigación (RDI) de la mano del grupo de Robert Spitzer y Lee Robins bajo los auspicios de la APA (psiquiátrica). Durante la década de los 80 se propone la *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), que se utilizó principalmente en los estudios epidemiológicos de salud mental. A principios de la década de los 90 la OMS puso a punto la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), que incluye toda la DIS, revisa la aplicación transcultural y añade un módulo de drogas y alcohol (encargado por el Instituto de Drogas y Alcohol de los Estados Unidos) y el Minimental como prueba de detección de trastornos cognitivos graves. Además de los diagnósticos DSM, la CIDI incluye los diagnósticos CIE-10. Su utilidad, como en el caso anterior, se refiere a su aplicación en los estudios epidemiológicos internacionales. Desde ese momento el campo de las entrevistas estructuradas se desarrolla en torno a dos ejes: la APA y la OMS. La APA, representada por el grupo de Spitzer, ha desarrollado las distintas versiones de la SCID, evolución lógica y más flexible de la DIS, mientras que la OMS ha dedicado sus esfuerzos a las diferentes versiones de la CIDI. Ambos grupos han propuesto las versiones SCID II e IPDE en los últimos años de la década de los 90 y se configuran como entrevistas estructuradas para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad, que no incluían ni la SCID ni la CIDI. En ambos casos se recurre a una estrategia mixta, un cuestionario-entrevista que facilita el diagnóstico y llega a considerar la dimensionalidad de las variables incluidas. Los principales datos de esta evolución se resumen en el cuadro 3.4.

De forma paralela se han ido desarrollando, como en el caso de los cuestionarios, entrevistas estructuradas más específicas que se centran en un trastorno o grupo de ellos. Probablemente los dos mejores ejemplos de este tipo de entrevistas, aunque ambas son algo menos estructuradas que las SCID o la CIDI, son la Escala de entrevista para trastornos de ansiedad (ADIS-IV), desarrollada por el grupo de David Barlow en el Centro para los Trastornos de Estrés y Ansiedad en Albany, Nueva York (DiNardo, Brown y Barlow, 1994) para cubrir todos los trastornos de ansiedad tal y como se incluyen en el DSM-IV, y la Escala para los trastornos afectivos y la esquizofrenia (SADS), que, como su nombre indica, revisa los trastornos del estado de ánimo y los esquizofrénicos. En ambos casos las versiones actuales incluyen un abanico más amplio de trastornos que los indicados en los títulos, pero

Cuadro 3.4. Resumen de las entrevistas estructuradas en función de los sistemas diagnósticos.

DSM-APA	CIE-OMS
<i>Antecedentes:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Entrevista diagnóstica de investigación, RDI (Spitzer, Endicott y Robins, 1978) Criterios RDC SADS (Endicott y Spitzer, 1978) Criterios RDC (versiones actuales DSM-IV) Depresión y esquizofrenia Otros en menor detalle 	<ul style="list-style-type: none"> PSE (Wing, Cooper y Sartorius, 1974) SCAN (Wing <i>et al.</i>, 1990) Evolución del PSE
<hr/>	
<i>DSM-III y DSM-III-R (1980-1987):</i>	<i>CIE-10 (1992):</i>
<ul style="list-style-type: none"> DIS (Robins, Helzer, Croghan, Williams y Spitzer, 1981) SCID (Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1989) 	<ul style="list-style-type: none"> CIDI-1 (OMS, 1992) DIS + alcohol y drogas + Minimental
<hr/>	
<i>DSM-IV (1994):</i>	
<ul style="list-style-type: none"> DIS-IV (Robins <i>et al.</i>, 1995) SCID (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997) versiones: clínica (VC)-SCID I (eje I) investigación <i>Screen-PQ</i> PRIME-MD/PHQ (Spitzer <i>et al.</i>, 1994; 1999) Simplificación de la SCID para su aplicación en Atención primaria. SCID II (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997) (trastornos de personalidad) 	<ul style="list-style-type: none"> CIDI-2 (OMS, 1996) versiones: completa SF-12 meses CIDI-auto <i>CIDI-Quick</i> <i>CIDI-Checklist</i> IPDE (<i>International Personality Disorder Examination</i>) (OMS, 1995)
<hr/>	
<i>Otras independientes:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ADIS (DiNardo, Brown y Barlow, 1994) Trastornos de ansiedad y relacionados <i>MINI- International Neuropsychiatric Interview</i> (Sheenan <i>et al.</i>, 1999) DSM-IV y CIE-10 	

el acento sigue poniéndose en los trastornos especificados. También han ido apareciendo recientemente entrevistas eventualmente para casi cualquiera de los trastornos incluidos en el DSM-IV. En los distintos volúmenes de esta colección se revisan estas entrevistas estructuradas específicas. En el cuadro 3.5 se ofrece un breve resumen de las principales características de las entrevistas estructuradas más empleadas.

Cuadro 3.5. Resumen de entrevistas estructuradas.

	<i>Cobertura diagnóstica</i>	<i>Principal utilidad</i>	<i>Estructura</i>	<i>Información biográfica</i>	<i>Tiempo de aplicación</i>
<i>DIS-CIDI</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Eje I DSM-IV • Eje I CIE-10 • Información de otros ejes 	Epidemiológica	Totalmente estructurada	Sí	90 min
<i>SCID I</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Eje I DSM-IV • Eje I CIE-10 • Información de otros ejes 	Clínica	Semiestructurada	Sí	60 min
<i>PRIME-MD/ PHQ</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo • Ansiedad • Somatomorfos • Alimentación • Sustancias 	Atención primaria y clínica	Cuestionario + entrevista clínica	No	20 min 5 min
<i>ADIS</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Estado de ánimo • Somatomorfos • Uso de sustancias 	Clínica	Semiestructurada	Sí	60 min
<i>SADS</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios RDC • Versión para DSM-IV (eje I) • Dimensional 	Investigación y clínica	Semiestructurada	Sí	90 min
<i>PSE/SCAN</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Eje I DSM-IV • Eje I CIE-10 	Investigación	Semiestructurada	Sí	90 min
<i>MINI</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Alimentación • Estado de ánimo • Sustancias • Psicóticos (versión ampliada MINI +) 	Clínica y estudios de comparación	Semiestructurada	No	15 min
<i>SCID II</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de Personalidad 	Clínica	Cuestionario + semiestructurada	Sí	40-60 min
<i>IPDE</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de Personalidad 	Clínica	Cuestionario + semiestructurada	Sí	60 min

Como ya se ha avanzado, a pesar de la variedad de propuestas, el campo de las entrevistas estructuradas de diagnóstico ha girado en torno a dos instrumentos principales: la SCID y la CIDI. Por ejemplo: ya en 1992, en una revisión de Williams *et al.* publicada en la revista de máximo impacto *Archives of Psychiatry*, se habían publicado más de 100 estudios que empleaban la SCID como instrumento básico de diagnóstico; las cifras actuales son sensiblemente mayores y reflejan claramente el predominio de esta entrevista frente a las demás. En el cuadro 3.6 se incluye un resumen de las principales características de ambos instrumentos para facilitar su comprensión y comparación.

Cuadro 3.6. Características de las entrevistas CIDI y SCID.

<i>CIDI</i>	<i>SCID</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Estructurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Semiestructurada
<ul style="list-style-type: none"> • No clínicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Versión clínica • Versión investigación
<ul style="list-style-type: none"> • 1 h 15 min 	<ul style="list-style-type: none"> • 45-60 min (SCID I) • 40 min (cuestionario + SCID II)
	<ul style="list-style-type: none"> • Admite otras informaciones • Se puede aplicar a informadores
<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiología (OMS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica
<ul style="list-style-type: none"> • Eje I 	<ul style="list-style-type: none"> • Eje I, eje IV y eje V (SCID I) • Eje II (SCID-II)
<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol y drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol y drogas
<ul style="list-style-type: none"> • CIE-10 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kappa = .50-.90 • Auto Kappas = .30 	<ul style="list-style-type: none"> • Kappa = .50-1.00 • (II) Kappa = .24-.74
<ul style="list-style-type: none"> • Multicultural • Trad. española, 1994-1996 	<ul style="list-style-type: none"> • Trad. española, 1999

En función de los datos revisados debe haber quedado claro que la entrevista CIDI es eminentemente epidemiológica y que queda más alejada del alcance y del uso habitual del clínico en su práctica cotidiana. Sin embargo, la versión clínica de la SCID (SCID I-VC), más flexible y con mayor contenido clínico, puede resultar de gran utilidad clínica y diag-

nóstica y merece un comentario algo más extenso que enumere al menos sus principales características. En el cuadro 3.7 se recoge la información más relevante relativa a la SCID I. Para mayor información, se puede consultar el Manual de la entrevista publicada, en español (First *et al.* (1999): *Guía del usuario para la SCID I y II*. Barcelona: Masson).

Cuadro 3.7. Principales características de la SCID I.

SCID-I-VC
<ul style="list-style-type: none">• <i>Módulos:</i><ul style="list-style-type: none">A: Episodios afectivosB: Síntomas psicóticosC: Trastornos psicóticosD: Trastornos del estado de ánimoE: Trastornos relacionados con sustanciasF: Ansiedad y otros trastornos
<ul style="list-style-type: none">• <i>Instrucciones generales:</i><ul style="list-style-type: none">- Cuaderno de aplicación y de puntuaciones- Visión general- Criterios en orden temporal- Se evalúan criterios, no respuestas a preguntas- Resumen de diagnósticos- Utiliza todas las fuentes de información disponibles
<ul style="list-style-type: none">• <i>Instrucciones específicas:</i><ul style="list-style-type: none">- Formato de dos columnas (A, B, E y F)<ul style="list-style-type: none">+ ? –- Formato árbol de decisión (C y D)<ul style="list-style-type: none">Se emplea la información de A y B más la nueva necesaria- Preguntas textuales- Preguntas con “propias palabras”

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad ha sido siempre una asignatura pendiente entre los instrumentos diagnósticos estandarizados e incluso entre los diagnósticos clínicos tradicionales. La dificultad de definición y diferenciación entre ellos, las polémicas respecto a su dimensionalidad o los argumentos más radicales respecto a su existencia han hecho de este tipo de trastornos, sin ninguna duda, los de más difícil diagnóstico. Los grupos de trabajo dedicados al desarrollo de entrevistas estructuradas de diagnóstico han centrado su atención durante los últimos años de la década de los 90 en este grupo de tras-

tornos y han propuesto casi simultáneamente dos instrumentos destinados a facilitar este tipo de diagnósticos. En ambos casos se ha recurrido a una estrategia mixta que incluye un cuestionario más bien amplio y una entrevista posterior que tienen en cuenta los resultados del cuestionario para intentar esclarecer, de forma semiestructurada y con alto contenido clínico, el cumplimiento de los criterios diagnósticos. En el cuadro 3.8 se resumen las principales características de ambos instrumentos: la SCID II (First *et al.*, 1997) y la IPDE (OMS, 1995).

A pesar de las reticencias iniciales, los clínicos están comenzando a aceptar la realidad de que contar con preguntas e instrumentos estandarizados de diagnóstico ayuda a aumentar la concordancia y a identificar problemas y trastornos que, de otra forma, tienden a pasar inadvertidos o a ser mal clasificados, con los problemas que esto supone para el tratamiento. La investigación con instrumentos de estas características ha puesto de manifiesto la posibilidad de encontrar “preguntas clave” para el diagnóstico que puedan haber demostrado su utilidad para identificar los criterios diagnósticos y de las cuales puedan conocerse sus criterios de calidad hallados utilizando muestras muy amplias y pertenecientes a diversas poblaciones (pacientes, no pacientes, grupos culturales distintos, etc.), como las de los estudios epidemiológicos. La inclusión de este tipo de preguntas clave en los cuestionarios, como el caso del PHQ, en las pautas semiestructuradas o incluso en los procesos más globales de EPC puede resultar muy interesante para mejorar los criterios de calidad de este tipo de entrevistas, generalmente bajos, acercándolos a los de las entrevistas estructuradas que se han revisado hasta ahora en este punto. De igual manera, las nuevas generaciones de instrumentos, menos estructurados, más breves y más sencillos, sitúan este campo entre uno de los más prometedores dentro de la EPC en los próximos años.

3.3.3. Entrevistas semiestructuradas

Uno de los inconvenientes mayores de los cuestionarios y de las entrevistas estructuradas revisadas hasta el momento, sobre todo las de la primera generación, se refiere a su rigidez y falta de flexibilidad, tan necesaria en la clínica habitual. La forma lógica de solventar este tipo de problemas ha sido la de intentar proponer esquemas semiestructurados de entrevista que ofrezcan al clínico una guía pero que le permitan cierta flexibilidad y capacidad de adaptación al cliente y a las circunstancias de la entrevista. Este tipo de esquemas o pautas puede resultar de utilidad en la práctica clínica habitual, pero resulta especialmente útil cuando es necesario obtener un diagnóstico rápido, fiable y válido sin posibilidad de realizar una evaluación psicológica más completa, como por ejemplo en los informes forenses. A lo largo de los años, sobre todo desde la aparición del DSM-III, son muchos los autores que han ido proponiendo y usando diferentes pautas para obtener diagnósticos de forma sencilla y, a la vez, con cierta garantía de calidad. Sin duda, entre todas las propuestas ha destacado la de la pareja de origen sueco Othmer (Othmer y Othmer, 1997). Él filósofo y ella psicoanalista, inicialmente alejados del mundo de la salud mental, han sabido ir adaptando su propuesta a las distintas versiones del DSM y han conjugado

Cuadro 3.8. Comparación SCID II-IPDE
(International Personality Disorder Examination).

SCID II	IPDE
<p><i>Autores:</i> First, M.B. <i>et al.</i>, 1997 <i>Antecedentes:</i> versiones de la SCID-II de First <i>et al.</i> en 1986 y 1990</p>	<p><i>Autor:</i> Loranger <i>et al.</i>, 1995 (WHO) <i>Antecedentes:</i> PDE (Loranger, 1988)</p>
<p><i>Ofrece:</i> dimensiones y categorías de los 10 trastornos DSM-IV y del trastorno depresivo de la personalidad y del pasivo-agresivo (propuestos para próximas versiones)</p>	<p><i>Ofrece:</i> puntuaciones dimensionales y diagnósticos DSM-IV y CIE-10</p>
<p><i>Estructura:</i> Preguntas de introducción Preguntas sobre los criterios por trastornos Por evitación (C) Por dependencia (C) Obsesivo-compulsivo (C) Pasivo-agresivo Depresivo Paranoide (A) Esquizotípico (A) Esquizoide (A) Histriónico (B) Narcisista (B) Límite (B) Antisocial (B) No especificado</p>	<p><i>Estructura:</i> Trabajo: 1-5 Yo: 6-22 Relaciones interpersonales: 23-48 Afectos: 49-65 Prueba de realidad: 66-68 Control de impulsos: 69-77 Conducta antes de los 15 años: 78-99</p> <p><i>Preguntas sobre cada criterio DSM-IV:</i> duración mínima del criterio de cinco años, aparición de al menos un criterio antes de los 25 años Columna para informantes <i>Duración:</i> 1-1:30 min (si es necesario, varias sesiones)</p>
<p><i>Puntuaciones:</i> ? INADECUADA 1 AUSENTE 2 SUBUMBRAL 3 UMBRAL O VERDADERO</p>	<p><i>Puntuación:</i> AUSENTE 0 EXAGERADO 1 PATOLÓGICO 2 NO APLICABLE NA NO RESPONDE ?</p> <p>Circular si cumple todos los requisitos Subrayar si no cumple la aparición antes de los 25 años</p>
<p><i>Formas de uso:</i> • Entrevista clínica-SCID II • SCID I-SCID II • Cuestionario SCID II-SCID II</p>	<p>Cuestionario IPDE: instrumento de <i>screening</i> (77 ítems) Aumenta los falsos positivos Igual en falsos negativos</p>

de forma bastante completa los diversos enfoques y estrategias de entrevista derivados de las diferentes escuelas psicológicas y psiquiátricas consiguiendo un enfoque integrador ciertamente interesante.

La pauta de Othmer y Othmer incluye siete fases o momentos que pueden aplicarse en una sola sesión de alrededor de 1 h de duración (en caso de necesitar más tiempo, conviene hacer una segunda entrevista más que ampliar el tiempo de la primera para controlar los factores asociados al cansancio del entrevistador y del entrevistado). Estas siete fases son: la exploración inicial, la exploración de los diagnósticos probables, la confirmación de los criterios diagnósticos, el estudio de los factores psicosociales y de funcionamiento global de la persona, la historia clínica, el diagnóstico propiamente dicho y el pronóstico con y sin tratamiento. En el cuadro 3.9 se presenta un esquema elaborado por el autor a partir de la propuesta de los Othmer.

Como es habitual, el primer momento de la entrevista diagnóstica incluye una exploración inicial con una marcada influencia psiquiátrica. Sin embargo, como ya se ha comentado, resulta relativamente sencillo ampliar el enfoque más patologizante con los conocimientos psicológicos relacionados con esta área. De hecho, esta primera fase se puede hacer coincidente en su globalidad con la propuesta que este texto ha dedicado a la exploración inicial en el segundo capítulo.

Una vez llevada a cabo la exploración inicial y si la decisión ha sido la de continuar la entrevista, se comienza con preguntas abiertas del tipo *¿cuál es su problema?*, *¿sabe usted por qué está aquí?*, *dígame...*, o con alguna otra indicación verbal o paraverbal que señale que estamos preparados para escuchar con atención lo que el paciente quiera contarnos. Es mejor dejarle hablar y respetar los silencios iniciales; en estos momentos, como casi siempre, las prisas son malas compañeras. El cliente nos contará todo lo que ha pensado respecto a su problema y que, sin duda, trae preparado. Posteriormente iremos dando paso a una entrevista abierta en que debemos revisar todos los principales grupos de trastornos. Othmer y Othmer recomiendan hacer tres listas de trastornos: los posibles, los excluidos y los no explorados. Para facilitar esta tarea una alternativa factible y que a nosotros nos ha funcionado muy bien consiste en disponer de un esquema de los principales diagnósticos DSM en una hoja fotocopiada e ir señalando con distintas marcas los trastornos que excluimos porque, es seguro que el paciente no los sufre y los que pensamos que puede sufrir, aunque sólo exista una posibilidad remota. Por ejemplo: tachar los excluidos y poner equis a los posibles; obviamente, los que al final de esta fase no tengan ninguna señal corresponderán a los no explorados. En esta fase la lista de posibles debe ser amplia y no excluir ningún trastorno sin la evidencia suficiente.

La tercera fase es ciertamente más restrictiva. En primer lugar se revisan todos los trastornos marcados como posibles con preguntas de detección contrastadas como las que se incluyen en la Pauta para la entrevista de detección de Vázquez y Muñoz recogida en el material para el terapeuta. Este proceso ha de ir ayudándonos a tachar de nuestra lista de posibles algunos de los trastornos incluidos al principio. Igualmente, en esta fase hay que eliminar toda posibilidad de que resten trastornos no explorados. Una vez identificados los trastornos más probables, se pasa a explorar su duración y gravedad y las relaciones temporales que han guardado entre ellos hasta hoy: *¿cuál apareció primero?*, *¿se presentaron todos los síntomas de forma*

simultánea o secuencial? Y, en ese caso, ¿cuál primero?, etc. En este momento puede surgir la necesidad de explorar de forma más detenida algún posible trastorno de personalidad. En este caso, Othmer y Othmer recomiendan ampliar el proceso a una segunda entrevista más compleja y

Cuadro 3.9. *Esquema para la entrevista semiestructurada a partir de Othmer y Othmer, 1996.*

<i>Entrevista semiestructurada de diagnóstico DSM-IV</i>	
1. Exploración inicial	
2. Diagnósticos probables (ejes I y II)	
Preguntas generales y abiertas y dejar hablar	
Listas de trastornos	1. Posibles 2. Excluidos 3. No explorados
3. Criterios diagnósticos (ejes I y II)	
Examinar la lista 1	Principales criterios (preguntas clave)
Duración	
Gravedad	
Relaciones temporales	
Examinar el eje III	
Aumento de la lista 2 (disminuye la 1) y eliminación de la 3	
Posible evaluación de los trastornos de la personalidad: entrevistas específicas (SCID II e IPDE) y tests psicológicos (MCPI y MMPI-II)	
4. Factores psicosociales y funcionamiento global	
Eje IV: factores psicosociales: entrevista psicosocial e informes psicosociales. Incluir todos los ámbitos	
Eje V: aplicar el AEG en función de la entrevista y de los informes de otros profesionales o informadores	
5. Historia clínica (de los trastornos)	
Confirmar diagnósticos con datos históricos (premorbídos, curso e historia familiar)	
Posible reducción de la lista 1	
6. DIAGNÓSTICO	
5 ejes	
7. PRONÓSTICO	
Con y sin tratamiento	

abierta. Sin embargo, la utilización de las entrevistas estructuradas IPDE o SCID II o de cuestionarios específicos como el MCPI no debe obviarse como alternativa posiblemente más eficiente y ciertamente más fiable. De forma similar, se ha de dedicar alguna atención a los posibles diagnósticos del eje III (condiciones médicas) recuperando la información incluida en informes médicos o solicitándolos si parece necesario. Es el momento de recordar que el trabajo psicológico pocas veces puede llevarse a cabo de forma aislada y generalmente resulta más adecuado integrarlo en equipos multidisciplinares o, en cualquier caso, colaborar con otros profesionales sociales y de la salud. Esta fase termina cuando en nuestra lista de trastornos no quedan más que diagnósticos posibles, todos han sido explorados y, seguramente, la mayoría excluidos.

En la siguiente fase, la cuarta, el diagnóstico se amplía a los ejes IV y V del DSM: los factores psicosociales y el funcionamiento global de la persona. Puede recurrirse en este momento a informes sociales o psicosociales y de informadores (familia, tutores, etc.) para ampliar la información que la entrevista puede proporcionar por sí misma. De nuevo, como en el punto anterior, hay que insistir en la necesidad del psicólogo clínico de colaborar con otros profesionales. Es curioso que para la mayoría de los psicólogos clínicos sea relativamente sencillo pensar en la colaboración con médicos y psiquiatras (no tanto con enfermeros o auxiliares, desgraciadamente) pero se les haga más cuesta arriba pensar en la colaboración con otros profesionales del ámbito social, como los trabajadores sociales o los educadores sociales, ambos de vital importancia en el abordaje completo de los problemas psicológicos y de salud mental. En cualquier caso, el entrevistador revisará todos los ámbitos de funcionamiento psicosocial con preguntas del tipo: *¿cómo ha afectado este problema a su vida familiar?, ¿a su vida laboral?, ¿se han modificado sus relaciones sociales como consecuencia del problema?, ¿hasta qué punto?* y todas las que incidan en la forma en la que sus actividades cotidianas se han visto afectadas por su problema revisando o pidiendo informes psicosociales o sociales a los profesionales indicados. Para la evaluación del funcionamiento global lo más indicado puede resultar emplear la escala EEFG del DSM-IV-TR, que se reproduce en el material para el terapeuta. Normalmente esta fase no afecta a los diagnósticos seleccionados, hasta el momento, como posibles o probables.

La quinta fase se centra en la revisión de la historia clínica de los trastornos identificados. Debe recogerse información sobre todos los aspectos de la historia familiar, incluidos los síntomas premórbidos, y completar la información de la que ya se disponga sobre el curso de los trastornos. Esta información puede afectar a la lista de diagnósticos, principalmente eliminando alguno más de los posibles por no cumplir los criterios temporales exigidos o no coincidir, en su historia previa, con los criterios establecidos. Igualmente, puede observarse que algunas manifestaciones que aparecían como diagnósticos diferentes no eran más que distintos episodios o manifestaciones del mismo.

En este momento ha finalizado la entrevista propiamente y la labor recae de forma exclusiva en el evaluador. Es el momento de recopilar toda la información disponible y establecer el diagnóstico DSM-IV-TR en cinco ejes. Se trata de enumerar los diagnósticos de los ejes I y II que no hemos podido eliminar, los del eje III de los que dispongamos de información adecuada y los ejes IV y V de acuerdo con lo explorado en la entrevista.

Finalmente, sólo nos resta anticipar un pronóstico del paciente; mejor dicho, un doble pronóstico: el primero que nos facilite alguna información sobre el futuro del paciente sin tratamiento y el segundo que nos indique las posibilidades y expectativas de los tratamientos disponibles (es recomendable utilizar las directrices sobre tratamientos con base empírica suministradas por la APA psicológica, actualizadas continuamente en su página web). En muchos casos, el balance entre uno y otro puede ser decisivo para recomendar o no una intervención determinada.

Aunque la entrevista original de Othmer y Othmer se ha propuesto para adaptarse al diagnóstico con las categorías y con los ejes DSM-IV, la adaptación al esquema CIE-10 no es compleja, sobre todo si se considera la versión de tres ejes del CIE-10 y se adaptan los criterios diagnósticos para cada trastorno a dicha clasificación.

Para terminar este punto, en el cuadro 3.10 se resumen las principales características de las entrevistas estructuradas, esencialmente la muy estructuradas tipo CIDI, las semiestructuradas, como las propuestas en este punto, y los instrumentos intermedios, como la SCID-I, la SCID II, la IPDE o el PHQ.

Cuadro 3.10. *Características de los instrumentos diagnósticos en función de su nivel de estructuración.*

<i>Características</i>	<i>Estructuradas (CIDI)</i>	<i>Intermedias (SCID, IPDE y CSQ)</i>	<i>Semiestructuradas (Othmer y Othmer)</i>
Utilidad de la investigación	Alta	Alta	Media
Utilidad de los estudios epidemiológicos	Alta	Baja	Baja
Utilidad clínica	Baja	Alta	Alta
Necesidad de formación del entrevistador	Muy baja	Profesionales de la salud mental	Psicólogos clínicos o psiquiatras
Tiempo	+ 60 min	Desde +10, hasta + 60 min	+ 60 min
Criterios de calidad	Concordancia interjueces	+ concordancia interjueces + validez de criterio con entrevistadores bien formados	+ validez de criterio con entrevistadores bien formados
Control del engaño y de la simulación	Medio	Medio	Muy alto, en función de la formación del entrevistador

3.4. El diagnóstico a través de la evaluación clínica

Una vez comentados los principales instrumentos y estrategias diagnósticas y su utilidad, aislados del proceso de EPC, es necesario volver a recordar que, como debe ser obvio para cualquier psicólogo clínico, la mejor estrategia diagnóstica posible, “la regla de oro”, consiste precisamente en completar el proceso de EPC. Sin ninguna duda, la información recogida durante el proceso de EPC a través de los distintos momentos, técnicas e informadores y su interpretación mediante los análisis funcionales y la formulación del caso constituye la opción más completa para contrastar el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos de cualquier clasificación, incluyendo la DSM-IV-TR y la CIE-10.

Sin embargo, el evaluador debe considerar que, aunque resulte bastante contraintuitivo para el clínico experto, la investigación ha puesto de manifiesto que son los diagnósticos obtenidos mediante los procesos de evaluación los que presentan menores índices de concordancia entre evaluadores y menores criterios de calidad. Este hecho cuestiona seriamente la calidad de los diagnósticos “clínicos” frente a la de los instrumentos siquiera semiestructurados. No es éste el momento de entrar en una polémica ciertamente interesante que nos llevaría más allá de los objetivos de este volumen. En cualquier caso, hay que admitir que una menor sistematización y una divergencia en la formación recibida, así como la escuela en la que se encuadre el evaluador, han de redundar en una menor concordancia entre los distintos evaluadores.

A lo largo de mi carrera he tenido oportunidad de contrastar muchas veces esta realidad, pero probablemente el caso que más ha marcado mi labor me ocurrió cuando yo empezaba mi formación clínica. En aquel tiempo tuve la oportunidad de colaborar de forma informal y, desde luego, sin remuneración alguna en la incipiente Unidad del Dolor de un conocido hospital madrileño. En ella se hacían sesiones clínicas, todas las semanas a las que yo asistía puntualmente, y el equipo revisaba todos los casos. La encargada de la sección psicológica era entonces una psicóloga argentina de marcado acento y orientación psicoanalítica, y mi sorpresa y desengaño respecto a algunos acercamientos dinámicos fue creciendo conforme aumentaba el número de diagnósticos de histeria. Todos los pacientes, sin excepción, que revisamos durante los seis meses que estuve allí tuvieron el mismo diagnóstico. Posteriormente leí que en muchos casos el diagnóstico y el tratamiento elegido dependen más de la orientación teórica del psicólogo que de los problemas del cliente y, desde luego, me lo creí y lo hice *dogma de fe* en mi labor clínica y formadora. Si el diagnóstico se repite con más frecuencia de la esperada, en virtud de los estudios epidemiológicos y del tipo de población atendida, la cosa empieza a no estar del todo clara y vale la pena revisar los métodos, las personas y las formas usadas antes de continuar trabajando.

Sin embargo, lo anterior no debe minar nuestra confianza en el proceso de EPC, sino, por el contrario, alertarnos sobre la necesidad de optimizar su calidad. Lo veremos más adelante, pero este tipo de evidencia nos ayuda a poner de manifiesto la importancia del contraste de hipótesis de los análisis funcionales y de las formulaciones de los casos, lo que garantiza la validez de constructo, criterio de calidad esencial en el proceso de EPC.

Por otra parte, como ya se ha ido avanzando, los instrumentos y las estrategias desarrollados para el diagnóstico ofrecen un elenco de preguntas y recursos inestimable a la hora de abordar las labores diagnósticas durante la EPC de forma más sistemática y con mayores garantías de calidad. La formulación de preguntas clave y el empleo de instrumentos breves de detección o de secciones de entrevistas estructuradas durante la EPC facilitan enormemente la calidad diagnóstica del proceso. Igualmente, no debe menospreciarse la ayuda de este tipo de recursos en distintos momentos y tareas de la EPC, por ejemplo, en la búsqueda inicial de problemas, en el contraste correlacional de hipótesis, en la búsqueda de hipótesis de formulación (modelos de funcionamiento) o en la selección de instrumentos de medida de resultados, momentos en los que contar con los criterios, con los árboles de decisión ofrecidos por los propios manuales diagnósticos o con los propios diagnósticos puede facilitar enormemente el proceso de EPC a los principiantes y, posiblemente en mayor medida, a los supuestos expertos que tras años de práctica clínica tienden a aumentar sus sesgos y, henchidos de confianza en sí mismos, encuentran día tras día los mismos casos, los mismos problemas y, por supuesto, los mismos diagnósticos en todos sus pacientes.

Este juego de relaciones entre los ejes diagnósticos, descriptivos y funcionales de la EPC se irá abordando a lo largo de los próximos capítulos de forma más amplia.

Resumen

1. El diagnóstico en el proceso de evaluación clínica

La EPC engloba al diagnóstico como una de sus tareas y posibilidades de actuación.

Diagnóstico: es el proceso por el cual se determina si los problemas que afectan a una persona cumplen todos los criterios de un trastorno psicológico definidos en una clasificación.

Existen distintos tipos de clasificaciones: *categoriales, dimensionales y prototípicas*.

Dado que la configuración de los problemas en cada persona puede ser diferente y deberse a diversas causas (biológicas, psicológicas y sociales) que interactúan en cada ocasión de forma distinta, aunque manteniendo algunos aspectos comunes que permiten identificar el trastorno, puede deducirse que el mejor esquema para las clasificaciones diagnósticas es el prototípico.

Las ventajas de las clasificaciones nosológicas prototípicas son las siguientes:

- Facilitación de la comunicación entre profesionales.
- Encuadre de la investigación epidemiológica.
- Encuadre de la investigación clínica (psicopatología, evaluación y tratamientos).
- Sistematización y guía heurística de evaluación y tratamientos.
- Ayuda a la formulación clínica.
- Facilitación de la comparación de la efectividad de distintos tratamientos en el mismo trastorno.

2. Sistemas de diagnóstico actuales: DSM-IV-TR y CIE-10

Ambos resultan muy similares: los dos siguen un sistema *prototípico y multiejes*, y son pretendidamente *ateóricos*.

DSM-IV-TR (APA, 2000)	CIE-10 (OMS, 1997)
<ul style="list-style-type: none">• Eje I: Trastornos clínicos Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	<ul style="list-style-type: none">• Eje I: diagnósticos clínicos
<ul style="list-style-type: none">• Eje II: Trastornos de la personalidad Retraso mental	<ul style="list-style-type: none">• Eje II: discapacidades: Escala DAS (cuatro factores)
<ul style="list-style-type: none">• Eje III: Enfermedades médicas	<ul style="list-style-type: none">• Eje III: factores del contexto
<ul style="list-style-type: none">• Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales	
<ul style="list-style-type: none">• Eje V: Evaluación de la actividad global Escala de evaluación del funcionamiento global (0-100)	

3. Formas de proceder en el diagnóstico de los trastornos mentales

De forma complementaria a los criterios tradicionales, deben considerarse los siguientes criterios de calidad, unidos a la validez:

- **Sensibilidad:** es el porcentaje de casos verdaderos que se clasifican correctamente (verdaderos positivos; una baja sensibilidad provoca infradetección de casos).
- **Especificidad:** se refiere al porcentaje de no casos que se identifican correctamente (verdaderos negativos; una baja especificidad origina sobredetección).

Questionarios

La primera generación de cuestionarios con posibilidades diagnósticas era general y no ofrecía diagnósticos DSM o CIE, como los MMPI-2, MCMI-III, SCL-90/BSI. Un segundo grupo de cuestionarios, más moderno, tiene como objetivo la evaluación de la salud global y, de forma secundaria, puede detectar casos de salud mental, como GHQ o SF-36. La última generación de cuestionarios detecta casos clínicos de acuerdo con criterios diagnósticos DSM o CIE, como *CIDI Checklist*, MINI o PHQ.

Entrevistas estructuradas

Son las estrategias más utilizadas en la actualidad en la investigación y tienen claras ventajas clínicas. Pueden resumirse en las siguientes:

- Aumentan la validez de contenido.
- Incrementan la concordancia entre entrevistadores.
- Permiten obtener los diagnósticos por entrevistadores con poca formación clínica.
- Facilitan bases de preguntas diagnósticas con alta calidad.
- Operativizan los criterios diagnósticos.
- Permiten la comparación entre distintos momentos y poblaciones.

Las más importantes son las derivadas de la APA (psiquiátrica) y de la OMS, aunque existen otras independientes de cierto prestigio:

- **APA:**
 - Eje I: DIS, PRIME-MD/PHQ, MINI y SCID I.
 - Eje II: SCID II.
- **OMS:**
 - Eje I: CIDI y PSE/SCAN.
 - Eje II: IPDE.
- **Independientes:**
 - SADS (antecedente de las asociadas al DSM y a la APA).
 - ADIS.

Entrevistas semiestructuradas

A partir de la pauta de Othmer y Othmer, se propone una entrevista diagnóstica semiestructurada que incluye siete fases y que puede aplicarse en una sola sesión de 1 h de duración. La exploración inicial, la exploración de los diagnósticos probables, la confirmación de los criterios diagnósticos, el estudio de los factores psicosociales y de funcionamiento global de la persona, la historia clínica, el diagnóstico propiamente dicho, y el pronóstico con y sin tratamiento.

4. El diagnóstico a través de la evaluación clínica

Resulta útil recordar que la mejor estrategia diagnóstica posible, “la regla de oro”, consiste precisamente en completar el proceso de EPC. La información recogida durante el proceso de EPC a través de los distintos momentos, técnicas e informadores y su interpretación mediante los análisis funcionales y la formulación del caso constituye la opción más completa para contrastar el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos de cualquier clasificación, incluyendo la DSM-IV-TR y la CIE-10.

Exposición de un caso clínico

En el presente caso el diagnóstico no se abordó hasta bastante avanzada la evaluación debido a que se empleó un método completamente clínico, es decir, no se utilizaron entrevistas

ni cuestionarios diagnósticos. Toda la información se fue obteniendo a partir del propio proceso de EPC, lo que significa que la información relativa al diagnóstico encajaría mejor después de conocer el proceso seguido durante el análisis descriptivo. Sólo las razones de estructura del presente volumen nos hacen situar la información diagnóstica del caso en este punto. Para facilitar su comprensión e ir avanzando en la exposición, se incluye en este bloque, a modo de introducción, la información relativa a la historia clínica del caso.

Historia clínica

Anakin es el menor de los tres hijos de una familia muy religiosa (pertenecientes a una conocida obra religiosa) y de clase social acomodada. Sus padres son personas con pocas relaciones sociales fuera de su círculo religioso y de trabajo. Al no trabajar fuera de casa, su madre tiene una red de conocidos todavía más reducida. Durante la infancia y adolescencia de Anakin la familia cambió con frecuencia de localidad de residencia por motivos laborales del padre, siempre dentro de España pero con distancias importantes entre ciudades.

El paciente recuerda su infancia sometido a un estilo de educación muy rígido, estricto y autoritario que no le permitía ninguna independencia. Igualmente, recuerda falta de afecto en su ambiente familiar, con muy pocas demostraciones de cariño por parte de sus padres y hermanos. Cree que siempre le resultó difícil hacer amigos en el colegio o en el barrio y que los frecuentes cambios de residencia (ciudad, colegio, etc.) le separaron de los pocos que conseguía hacer. Además, sus padres siempre le comparaban, en éste y en otros sentidos, con su hermano mayor, mucho más sociable. Desde muy pequeño Anakin sufre una pequeña dificultad psicomotriz en las piernas que le hace resultar algo torpe en sus movimientos (en la actualidad esa dificultad no se percibe si uno no está avisado o muy entrenado en observación).

El cliente recuerda su adolescencia como una de las peores fases de su vida, quitando la actual. A Anakin le costaba mucho relacionarse con sus iguales; a la torpeza motora hay que sumarle el "aspecto ridículo" de su ropa, según sus propias palabras. Sus padres le obligaban a vestir de modo formal y, en opinión del paciente, poco acorde con su edad. De hecho, sufría críticas y algunos compañeros se reían abiertamente de su forma de vestir de "pijo rico" y "beato". A los 16 años sufrió una agresión en la calle: un grupo de Cabezas rapadas arremetió contra él cuando caminaba solo por un descampado de su barrio y le robó la ropa dejándole solamente los calcetines, la camiseta y los calzoncillos, por lo que tuvo que llegar a su casa en ropa interior. Vive ese suceso como lo más degradante que le podía ocurrir y asume que se debió principalmente al aspecto "ridículo de niño rico" que tenía en esa época de su vida. No recibió tratamiento psicológico ni psiquiátrico para superar los efectos de la agresión.

En esos mismos años sus relaciones sociales siguen un camino muy pobre y comienzan las dificultades con las chicas. Anakin informa de una falta casi completa de relaciones sociales, un bajo estado de ánimo, un sentimiento muy fuerte de inseguridad al ir por la calle o al hacer otras actividades y unos pensamientos de infravaloración de sí mismo. Para tratar de superar esta situación, "busca refugio" en la religión apoyado por sus padres. Poco después tampoco se adaptaría al "ambiente y a la filosofía religiosa" y se separaría de forma brusca del mismo.

A los 22 años, en el jardín de su casa y tras una discusión con su principal (y prácticamente único) amigo, sufre el primer desmayo con pérdida de conciencia. Durante los dos años siguientes se repiten un par de veces, siempre en situaciones sociales difíciles. Por esa época comienza a tener miedo de relacionarse con personas con estudios, profesores, profesionales o de un estatus social medio-alto porque cree que son muy superiores a él mismo y que nunca va a conseguir que una sociedad tan formada e inteligente le acepte. Se ve a sí mismo como muy inferior y desmerecedor de las ventajas sociales unidas, desde su punto de vista, a la inteligencia, al estudio y al trabajo. A los 26 años empieza a trabajar en una empresa de informática. Un día, en el comedor de la empresa, comiendo junto a sus compañeros, cree ver al diablo diciéndole que lo que le ocurre es un castigo de Dios por su forma de ser. Desde entonces se han repetido visiones similares en dos o tres ocasiones. Posteriormente, al cambiar de ciudad de residencia, se ve obligado a buscar trabajo de nuevo. En una entrevista de selección que le resultó humillante por el tipo de preguntas personales que le hicieron sufre un episodio de despersonalización al salir de la empresa. Desde entonces, durante los últimos seis años la situación ha permanecido estacionaria hasta hace seis meses, momento en el que ha sufrido un “bajón” debido a una “málsima noticia”.

En su última residencia, en Cataluña, Anakin conoció a una chica, Padme, con la que consiguió establecer cierta relación de intimidad sentimental pero sin incluir relaciones sexuales. Una vez más, su familia cambió de residencia a Madrid y él sufrió la separación sentimental de la chica. Siguió escribiéndose y, de vez en cuando, él iba a verla a su ciudad. El paciente recuerda la época que vivió en esa ciudad como la mejor de su vida. Sus padres habían bajado la presión, se desentendió de la religión, logró adaptarse, tener un grupo de amigos y su relación con Padme le satisfacía. La separación fue traumática y su adaptación a Madrid muy mala, pero, dicho con sus palabras, “parecía que iba a salir adelante” o que podría volver a vivir allí, si conseguía un trabajo en aquella ciudad. Cuando tenía estos planes, hace siete meses recibió una carta de Padme explicándole que había conocido a otra persona y que era mejor no seguir sus relaciones. Anakin cayó entonces en un fuerte episodio de tristeza y depresión. Volvió a verla, pero cree que las cosas ya no son igual que antes. Acudió al psiquiatra y éste le refirió al psicólogo como apoyo al tratamiento farmacológico que le aplica. La conciencia de enfermedad es muy baja y todos los problemas se atribuyen preferentemente a las diversas situaciones en las que se ve inmerso.

Diagnóstico

Ya se ha advertido al lector de la conveniencia de leer de forma previa el fragmento del caso clínico incluido en el capítulo referido al análisis descriptivo para entender mejor la situación diagnóstica. En cualquier caso, se incluye la lista de problemas (cuadro 3.11) para facilitar la comprensión del juicio diagnóstico.

De acuerdo con los distintos aspectos expuestos en el presente capítulo, se utiliza para la clasificación diagnóstica el manual DSM-IV-TR. El proceso seguido ha sido el de comparar la lista de problemas del caso con los posibles criterios diagnósticos, a la vez que se sometían a contraste algunas de las principales hipótesis diagnósticas generadas hasta estos momentos.

Cuadro 3.11. *Lista de problemas del caso utilizada en el análisis descriptivo y para el diagnóstico.*

Lista de problemas

- Ansiedad en situaciones sociales:
 - A) Desmayos
 - B) Seudoalucinaciones
 - C) Despersonalización
 - D) Evitación
 - E) Anticipaciones

 - Ansiedad ante determinados estímulos ambientales (árboles secos, escombros, descampados, etc.):
 - A) Evitación
 - B) Anticipaciones

 - Rumiaciones (ruptura con Padme, dificultades de la vida, etcétera)
 - Pensamientos de infravaloración
 - Ideas sobrevaloradas acerca de la sociedad
 - Déficit de relaciones sociales y “sentimentales”
 - Sentimientos de soledad y tristeza (más frecuentes cuando habla con o piensa en Padme)
-

El primer paso consistió en tratar de identificar los criterios de depresión y distimia, primeras aproximaciones a las quejas del paciente. Enseguida pudo comprobarse que no se cumplían los criterios del episodio depresivo y que los de distimia parecían asociarse de forma repetida a otros problemas. La aparición de una fuerte ansiedad social y de problemas de evitación social nos llevó a abordar la fobia social y el trastorno de personalidad por evitación. Sin embargo, algunos episodios parecían indicar síntomas psicóticos (alucinaciones) y otros podían asociarse al trastorno por estrés postraumático (temor en entornos similares a los de la agresión). En el cuadro 3.12 se compara la lista de problemas con los criterios del trastorno de personalidad por evitación.

Cuadro 3.12. Comparación de la lista de problemas con los criterios del trastorno de personalidad por evitación.

Lista de problemas del paciente	DSM-IV-TR Trastorno de la personalidad por evitación [301.82]
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de toda la vida e inicio en la adolescencia 	<p>Patrón general de inhibición social, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad extrema en situaciones sociales • Rumiaciones respecto a sus problemas • Desmayos en situaciones sociales • Despersonalización en situaciones sociales • Seudoalucinación en situaciones sociales de trabajo • Pensamientos de infravaloración • Ideas sobrevaloradas sobre la sociedad • Déficit de relaciones sociales y “sentimentales” • Sentimientos de soledad y tristeza 	<ol style="list-style-type: none"> (1) Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo (2) Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar (3) Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado (4) Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales (5) Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad (6) Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás (7) Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad ante determinados estímulos ambientales 	<p>Criterio incluido en los de fobia específica y trastorno de estrés postraumático</p>

Puede observarse que el ajuste de la lista de problemas a los criterios es prácticamente completo, salvo para el caso de la ansiedad ante estímulos ambientales relacionados con la agresión. Debe observarse igualmente que los problemas se asemejan a los criterios en algunos aspectos, pero permanecen diferenciados en otros. Así, la identificación entre problema y criterio DSM no puede ser completa, sino una mera guía de búsqueda y comparación. Por otra parte, la coincidencia de los problemas con los criterios comienza a aportar validez de contenido convergente a nuestra hipótesis psicopatológica. Para ganar validez divergente será necesario contrastar la lista de problemas con otros trastornos similares pero distintos: hacer el diagnóstico diferencial. En el siguiente cuadro se incluyen algunas de las principales categorías con las que se realizó el diagnóstico diferencial (cuadro 3.13).

Cuadro 3.13. Comparación de problemas y criterios para el diagnóstico diferencial.

Lista de problemas del paciente	DSM-IV-TR Diagnóstico diferencial
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de toda la vida e inicio en la adolescencia • Despersonalización en situaciones sociales • Rumiaciones respecto a sus problemas • Seudoalucinación en situaciones sociales de trabajo • Ansiedad extrema en situaciones sociales • Trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad 	<p><i>Trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad</i></p> <p>El retraimiento social no debería evitarse; el paciente sufre con su aislamiento social. Las alucinaciones tendrían que ser más realistas y probablemente más frecuentes</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de toda la vida e inicio en la adolescencia • Pensamientos de infravaloración • Ideas sobrevaloradas acerca de la sociedad 	<p><i>Trastorno por dependencia de la personalidad</i></p> <p>Debería manifestar alguna dependencia de personas y buscar una referencia y apoyo constante</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Seudoalucinación en situaciones sociales de trabajo • Despersonalización en situaciones sociales • Ideas sobrevaloradas sobre de la sociedad • Déficit de relaciones sociales y “sentimentales” • Sentimientos de soledad y tristeza 	<p><i>Esquizofrenia</i></p> <p>Las alucinaciones y los posibles delirios habrían de aparecer más estructurados y realistas. No aparecen síntomas negativos. BPRS parece confirmar la no existencia de síntomas psicóticos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de soledad y tristeza • Déficit de relaciones sociales y “sentimentales” • Problemas de toda la vida e inicio en la adolescencia • Pensamientos de infravaloración 	<p><i>Depresión o distimia</i></p> <p>Los episodios depresivos no se diferencian bien. La tristeza puede explicarse mejor por las pérdidas y el aislamiento social. La distimia sólo se apoya en el inicio temprano, pero puede explicarse por la repetición de otros problemas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Despersonalización en situaciones sociales • Seudoalucinación en situaciones sociales de trabajo • Ansiedad extrema en situaciones sociales • Pensamientos de infravaloración 	<p><i>Fobia social</i></p> <p>Debería sentir mayor malestar en más situaciones sociales y encontrar cierta especificidad. Los inicios tempranos parecen alejarle de este diagnóstico</p>

(.../...)

Cuadro 3.13. (continuación)

<i>Lista de problemas del paciente</i>	<i>DSM-IV-TR Diagnóstico diferencial</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Desmayos en situaciones sociales • Déficit de relaciones sociales y “sentimentales” • Sentimientos de soledad y tristeza 	
<ul style="list-style-type: none"> • Situación de agresión • Ansiedad ante determinados estímulos ambientales • Sentimientos de soledad y tristeza • Déficit de relaciones sociales y “sentimentales” 	<p><i>Estrés postraumático</i></p> <p>Posiblemente complicara el caso en algún momento a lo largo de los años. En la actualidad parece que quedan algunas secuelas que se unen a las del trastorno de evitación</p>

Con esta información podemos comenzar a disponer de un diagnóstico muy probable, un segundo posiblemente sufrido en el pasado y a descartar varios de los considerados durante el proceso de EPC.

Para mejorar la calidad del diagnóstico y aumentar la validez convergente y discriminante de nuestra hipótesis diagnóstica (debe diferenciarse de la de formulación incluida en el capítulo 5), se procedió a administrar al cliente dos pruebas relacionadas directamente con este tipo de problemas. Se utilizó el SCL-90-R de Derogatis (1993) para tratar de confirmar la lista de problemas asegurando la no existencia de otras posibles dificultades clínicas importantes. De entre las pruebas que ofrecen información sobre los trastornos de la personalidad, se seleccionó el MCMI de Millon (1997) por considerar que la información dimensional aportada podía representar un papel importante. Tanto la IPDE como la SCID-II podrían haber resultado de utilidad. Ambas habrían sido más útiles si nuestro interés principal hubiera sido el diagnóstico y no el tratamiento, como era el caso. La mayoría de las preguntas diagnósticas de ambas entrevistas se emplearon de forma cualitativa durante la entrevista con Anakin. Los resultados de ambas pruebas se incluyen a continuación en las figuras 3.2 y 3.3.

Como puede observarse, la prueba de Millon apunta exactamente en la misma dirección de nuestra hipótesis diagnóstica; la dimensión evitativa es la más importante: llega al máximo de puntuación. Debe destacarse que otras cinco dimensiones tienen una presencia muy elevada, lo que apunta a la dimensionalidad, más que a la categorización, de los trastornos de personalidad. Por su parte, el SCL-90-R, prueba mucho menos específica, destaca la sensibilidad interpersonal y la ideación paranoide como principales ámbitos afectados, información que parece apoyar también nuestro juicio y añade cierta preocupación por el estilo cognitivo rumiativo del paciente.

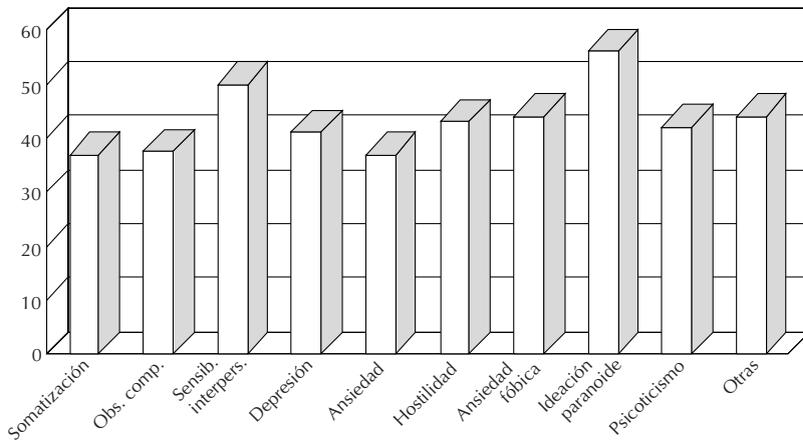


Figura 3.2. Resumen de resultados del SCL-90-R.

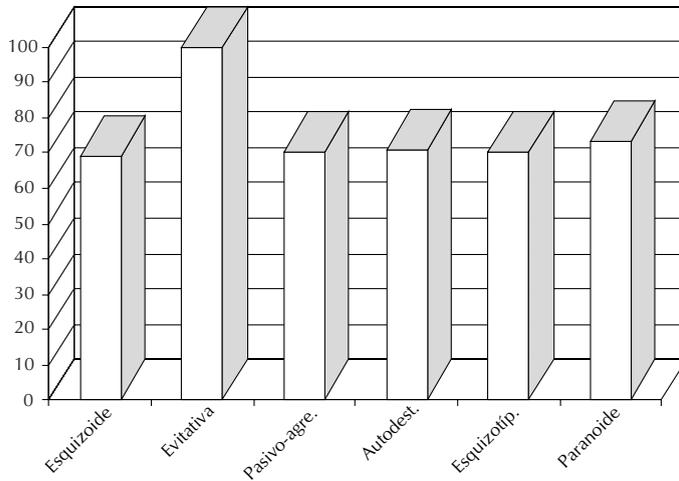


Figura 3.3. Resumen de resultados del MCMI-III.

Considerando toda la información anterior, se emite el diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación, con posibles secuelas de un trastorno de estrés postraumático o agudo debido a una agresión. En el cuadro 3.14 se incluye el diagnóstico DSM-IV-TR completo.

Cuadro 3.14. *Diagnóstico DSM-IV-TR completo.*

• Eje I:	–	Posible trastorno de estrés postraumático o agudo en el pasado
----------	---	--

• Eje II:	–	Trastorno de la personalidad por evitación (diagnóstico principal)
-----------	---	--

• Eje III:	–	Entorpecimiento motriz muy leve en la pierna derecha
------------	---	--

• Eje IV:	–	Problemas de separación
	–	Desempleo

• Eje V:	–	Escala de evaluación del funcionamiento global = 50
----------	---	---

El lector habrá llegado a la conclusión de que la información diagnóstica en este tipo de problemas, como en tantos otros, solamente indica cierta tendencia en la orientación del tratamiento a seguir; pero no especifica ningún modelo causal, explícito o implícito, que permita diseñar un tratamiento personalizado. La información, de manual, respecto a los tratamientos estandarizados para este tipo de diagnósticos también es muy escasa. Finalmente, los tratamientos estandarizados para una posible comorbilidad de diversas dimensiones de trastornos de personalidad y estrés postraumático no existen. De esta forma, es imprescindible continuar el proceso de EPC hasta conseguir convertir nuestra hipótesis diagnóstica en una formulación clínica del caso que ayude a emplear la información de forma más efectiva y personalizada.

Preguntas de autoevaluación

- Las clasificaciones diagnósticas actuales (DSM-IV-TR y CIE-10) son:
 - Categoriales.
 - Dimensionales.
 - Prototípicas.
 - Exoféricas.
 - Idiográficas.
- La clasificación DSM-IV-TR parece más ajustada que la CIE-10 a las necesidades del proceso de EPC por:
 - Su carácter empírico y descriptivo.
 - Porque la segunda no dispone de ejes para reflejar el funcionamiento psicosocial de la persona.

Manual práctico de Evaluación psicológica clínica

- c) Resulta mejor la segunda porque es internacional y presta más atención a los problemas de adaptación a las distintas culturas.
 - d) Ambas son equivalentes en sus enfoques y, por tanto, igualmente útiles en el proceso de EPC.
 - e) La primera es mejor por su integración de teorías psiquiátricas y psicológicas.
3. La sensibilidad de una prueba hace referencia a:
- a) El porcentaje de no casos que se identifican correctamente (verdaderos negativos).
 - b) El porcentaje de casos que se identifican como tales (verdaderos positivos).
 - c) Su fiabilidad.
 - d) El porcentaje de casos que no se identifican (falsos positivos).
 - e) Su validez de constructo.
4. Para conseguir aumentar al máximo el acuerdo entre entrevistadores, conviene:
- a) Utilizar entrevistas semiestructuradas.
 - b) Emplear procesos clínicos completos para optimizar el diagnóstico.
 - c) Recurrir a informes previos de otros profesionales.
 - d) Usar entrevistas estructuradas.
 - e) Utilizar el DSM-IV-TR en lugar del CIE-10.
5. Las siglas SCID y CIDI responden a:
- a) Las clasificaciones psicopatológicas de la APA y de la OMS.
 - b) Los cuestionarios de la APA y de la OMS.
 - c) Entrevistas para diagnosticar trastornos de personalidad.
 - d) La primera es una entrevista diagnóstica y la segunda un cuestionario de diagnóstico.
 - e) Dos entrevistas estructuradas de diagnóstico.

4

Evaluación para el tratamiento I: análisis descriptivo

Al presentar el modelo de EPC que se propone en este texto ya se hizo hincapié en la necesidad de organizar las actividades a través de tres ejes: diagnóstico, análisis descriptivo y formulación clínica. En el capítulo 3 se abordaron los aspectos más relevantes relacionados con el diagnóstico en su aplicación aislada. Sin embargo, cuando el objetivo final de la intervención psicológica es el tratamiento, el diagnóstico por sí mismo, tal y como lo conocemos en la actualidad, tiene una utilidad relativa, pues no permite conocer todas las particularidades precisas para personalizar el tratamiento, no consigue establecer modelos funcionales individuales y no define la formulación clínica del caso. Por ello el proceso de EPC requiere una información más completa para poder llegar a un sistema de hipótesis que nos ofrezca un modelo explicativo del caso y, por tanto, nos guíe en el diseño del tratamiento. Ya se ha visto al plantear el modelo de EPC que los tres ejes resultan difícilmente separables en la práctica clínica habitual y que las actividades descriptivas, funcionales y diagnósticas se entremezclan en un continuo, que conforma el proceso de EPC. Pero resulta demasiado complejo, al menos para las posibilidades de este autor, detallar de forma conjunta todo el entramado de relaciones entre las distintas actividades, por lo que se ha preferido distinguir entre las actividades más relacionadas con la descripción y aquellas más vinculadas a la formulación. El lector debe entender que el progreso en la recogida de información descriptiva produce un avance en la génesis de hipótesis y éste, a su vez, dirige la búsqueda de nueva información. Por tanto, al abordar en el presente capítulo las estrategias para la recogida de información que permita un análisis descriptivo de los problemas de la persona, no ha de entenderse separado de los aspectos funcionales y de formulación que se verán en el próximo capítulo, ni ambos de los de diagnóstico que se vieron anteriormente y a los que se hará continua referencia.

En este segundo momento del proceso de EPC, tras la exploración inicial, el psicólogo utiliza un enfoque que irá avanzando desde la molaridad inicial de la persona hacia un acercamiento molecular que permita identificar las variables que funcionan en cada problema.

Posteriormente, al realizar el análisis funcional de los problemas, se volverá a organizar la información paulatinamente hasta llegar, de nuevo, de forma molar a la formulación. Es decir: en primer lugar, el evaluador tiene que tratar de identificar los problemas de la persona para, posteriormente, ir analizando cada uno de ellos. La actividad del psicólogo en este punto puede entenderse desde una perspectiva de-construccionista que trata de aislar los factores responsables de la construcción actual del comportamiento de la persona. El objetivo es, por tanto, de-construir la realidad y la óptica subjetiva de la persona para, con los análisis funcionales y la formulación, volver a construirla apoyándonos en un modelo psicológico explicativo.

El método científico exige disponer de buenas descripciones para poder comenzar a interpretar, mediante hipótesis contrastables, la realidad que tratamos de aprehender. En este sentido, el proceso de EPC necesita acercarse a la realidad y a la experiencia subjetiva de la persona a través de unas descripciones de alta calidad. En algunas ocasiones en manuales de Evaluación o Terapia psicológica se ha confundido la actividad descriptiva de la evaluación con la funcional, lo que ha llevado a errores importantes en la comprensión del proceso de EPC, que, desde esa perspectiva, parecía carente de entidad teórica y contrapuesto a otras actividades, como el diagnóstico o los modelos psicopatológicos, del desarrollo, etc.

En el presente capítulo se presentan en cierto detalle los principales tipos de actividades que implica la elaboración de un análisis descriptivo de los problemas de la persona. Se sitúa en primer lugar la identificación de los problemas de la persona y, posteriormente, buscar las descripciones de las secuencias de cada problema y su análisis de secuencias. A continuación se aborda el análisis del desarrollo de los problemas de la persona y se termina destacando el papel de las variables de la persona y del contexto relacionadas con los problemas.

4.1. Identificación de problemas

Una vez que se ha tomado la decisión durante los minutos de exploración inicial de continuar la evaluación mediante una entrevista clínica con el cliente, el siguiente objetivo consiste en la identificación de los problemas de la persona. ¿Cuáles son sus principales quejas?, ¿sus principales motivos de sufrimiento?, ¿su malestar? Es el momento de comenzar a analizar el problema existencial de la persona (visión molar) desde una perspectiva cada vez más y más molecular. El primer paso intenta identificar y aislar los principales problemas para, posteriormente, poder analizarlos de forma individual. Las primeras respuestas a las preguntas acerca del motivo de la consulta y el conveniente desarrollo de hipótesis iniciales a partir de la información recogida en la exploración inicial sirven de guía durante estos primeros momentos.

Ésta es la primera labor de la EPC y, aunque vista desde fuera puede resultar sencilla, la evidencia recogida por distintos autores (en este sentido cabe destacar el trabajo de Antonio Godoy en la Universidad de Málaga) ha puesto de manifiesto que la labor no es tan fácil

como puede pensarse. De hecho, los índices de concordancia entre evaluadores no resultan demasiado esperanzadores, y más desesperanzador es admitir que excelentes especialistas pueden fracasar al identificar problemas sencillos. Por otra parte, los instrumentos de los que disponemos tampoco ofrecen garantías demasiado altas a la hora de identificar problemas. Por supuesto, las distintas orientaciones en Salud mental que dotan de significado a distintos tipos de transacciones persona-ambiente en función del marco teórico de referencia no contribuyen a aclarar la situación. Este tipo de dificultades tienen que hacernos reflexionar sobre la necesidad de mantenernos en este punto en un nivel descriptivo básico, en el que los acuerdos son más fáciles de obtener, y utilizar una metodología sofisticada y multivariada para mejorar los criterios de calidad de esta fase de la EPC. A continuación se revisa la amplitud del término problema y las principales estrategias útiles para conseguir la lista de problemas.

4.1.1. *¿Qué son los problemas?*

La cuestión más espinosa de este momento de la EPC consiste en definir qué entendemos por problema. No es un término ni mucho menos fácil de definir y se han propuesto muy pocas definiciones formales al respecto. Los extremos entre los que deben colocarse los problemas pueden situarse intentando hacer un acercamiento progresivo que ayude a aclarar algo su significado y utilidad:

- Un problema no puede abarcar toda la existencia de la persona. Por ejemplo: no puede ser “me siento muy mal todo el día”. En este mismo sentido, un problema no ha de identificarse con un diagnóstico. No puede decirse que el problema de la persona sea que sufre una depresión mayor o un trastorno obsesivo-compulsivo. Igualmente, tiene que quedar claro que para el nivel de análisis adecuado a la EPC tampoco resulta útil el empleo de configuraciones estimulares demasiado amplias, como las macrosociales. Un problema no puede definirse en términos de “el malestar es consecuencia de la crisis económica internacional”. Aunque está claro que los factores macrosociales afectan a los comportamientos individuales, no es éste el momento ni la forma de incluirlos en la evaluación.
- En el otro extremo, un problema no puede ser tan pequeño que apenas afecte al comportamiento global del individuo. Un problema no puede ser “cuando mi compañero de trabajo me habla del F. C. Barcelona no sé qué decir”, pues, además de ser poco informativo, la descontextualización de la secuencia puede llevar a equívocos o errores difíciles de solventar desde una perspectiva tan reduccionista. Debe evitarse el denominado “efecto mariposa” derivado de la meteorología, que viene a advertir de cómo, en función de todo el conocimiento actual y de las leyes físicas establecidas, el movimiento de las alas de una mariposa en el Amazonas puede hacerse responsable de una tormenta en Estambul. Ya se ha mencionado la importancia de que la información utilizada sea relevan-

te al caso; lo mismo puede decirse para las relaciones entre acontecimientos incluidas en una EPC. Este mismo término, “relevante”, puede ser muy adecuado a la definición de problema.

- De esta forma, un problema debe encontrarse en un término medio que facilite la descomposición en segmentos con significado en sí mismo del comportamiento global de la persona. Por ejemplo: “me siento triste por las tardes”, “cada vez que cierro una puerta tengo que revisarla durante mucho tiempo” o “me siento inferior cuando hablo delante de otras personas”. Es decir: podría definirse un problema como la transacción individuo-ambiente que provoca malestar, entorpece sus actividades habituales o perjudica la salud de la persona. A estas características deben añadirse dos excepciones que pueden tener más dificultades para consensuarse por todos los psicólogos: la primera hace relación al caso en el que los problemas no provocan malestar en la persona, sino a su alrededor (por ejemplo, los problemas de exhibicionismo o de malos tratos) y la segunda a las transacciones que se han identificado como patológicas por los principales modelos psicopatológicos y que la persona no identifica como problemáticos en su vida, como las alucinaciones auditivas en un paciente con esquizofrenia. En ambos casos, las polémicas han sido muy importantes durante los últimos 30 años, pero el “núcleo principal” de la Psicología clínica actual parece haber asumido que, bajo ciertas condiciones y con suficientes garantías para el paciente, ambos tipos de situaciones pueden y deben considerarse problemáticas y pasar a formar parte del diagnóstico y del tratamiento. Éste es el punto de vista que mantendremos en el presente volumen.

Las clasificaciones diagnósticas actuales, al ser más descriptivas y basadas en la evidencia, cuando definen un trastorno lo hacen a partir de conglomerados de interacciones comportamiento-ambiente que tienden a aparecer unidas o relacionadas entre sí. En muchas ocasiones estas interacciones, denominadas criterios diagnósticos, se asemejan mucho al nivel adecuado de definición de un problema en sus sentidos de utilidad y significado clínico. En esta línea puede resultar muy útil en la identificación inicial de problemas conocer a fondo los criterios diagnósticos de cada trastorno para incluirlos, como se verá más adelante, en la evaluación.

Finalmente, la identificación de problemas debe concluir con una lista que recoja todos los problemas para su posterior análisis descriptivo y funcional.

4.1.2. Formas (técnicas) de identificar problemas

La búsqueda adecuada de los problemas del paciente constituye uno de los puntos esenciales de la EPC. Resulta muy importante que los problemas sean adecuadamente identificados y definidos en términos lo más descriptivos posibles, de forma que en las siguientes fases sepamos a qué nos referimos y se reduzcan al máximo las interpretaciones inadecua-

das de los diversos sucesos. La mayoría de los problemas deben identificarse en los primeros momentos de la evaluación, algunos en la primera fase de la primera entrevista y otros entre la primera y la segunda, si bien siempre pueden aparecer problemas a lo largo del proceso (nuevos, ocultos, etc.).

Dada la importancia que reviste esta parte inicial de la EPC, vamos a emplear en ella diversas técnicas y estrategias de evaluación. En la mayoría de los casos, la entrevista representa un papel determinante como coordinadora de todo el proceso, pero no hay que perder de vista la necesidad de contrastar los datos obtenidos en ella con los provenientes de otras técnicas, como los cuestionarios, la autoobservación o las entrevistas con informadores.

A) La entrevista

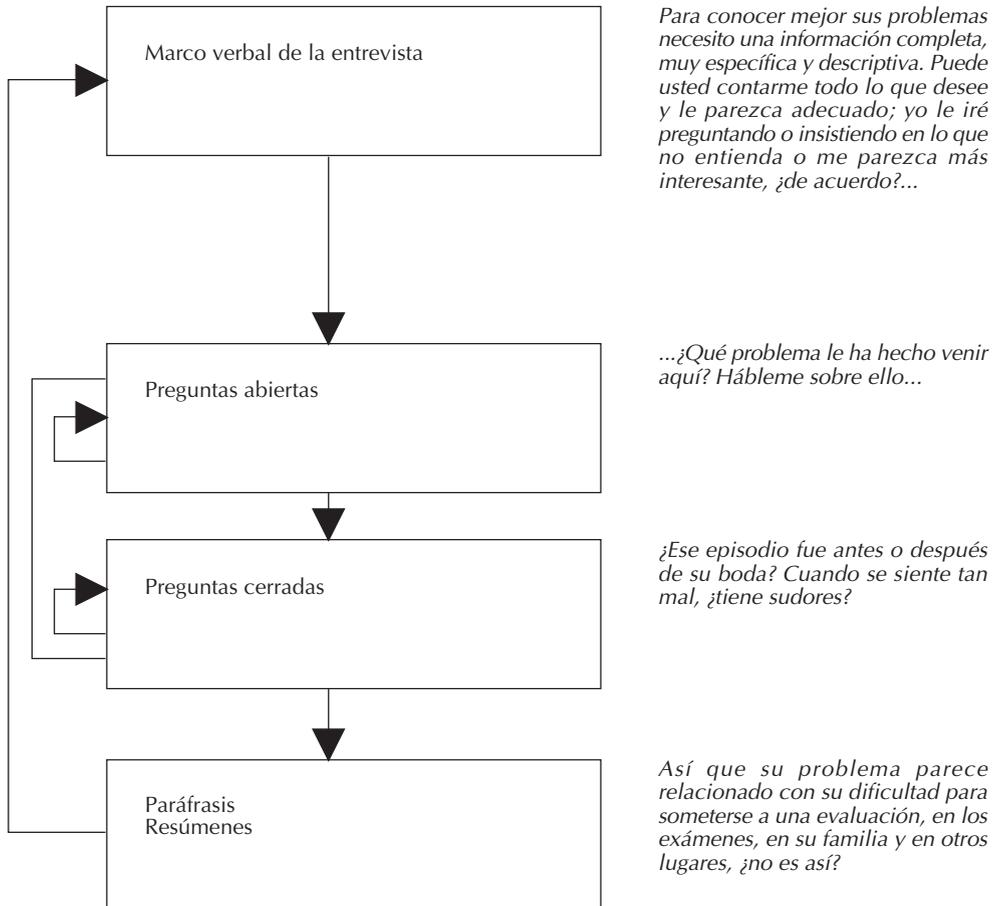
La entrevista clínica tiene un papel central en la EPC, pues es la estrategia que inicia, ordena y coordina todo el proceso y, por supuesto, recoge información acerca del caso. La entrevista debe crear una buena relación entre el cliente y el evaluador, de comprensión, empatía y ayuda, que facilite la expresión completa de los problemas y las preocupaciones del paciente. De hecho, hasta que este tipo de relación no se haya conseguido, la información recogida correrá un gravísimo riesgo de resultar incompleta o sesgada. Esto no es óbice para que el entrevistador tenga que mantener un estilo directivo que ayude a la persona entrevistada a identificar qué se espera de ella, qué información debe aportar, en qué tipo de proceso se está implicando y, en definitiva, a situar correctamente los roles del entrevistado. Igualmente, es el momento de comenzar a ajustar las habilidades del terapeuta a las necesidades del paciente, tal y como se comentó en el primer capítulo. Durante la entrevista pueden usarse distintas estrategias de recogida y contraste de información que, utilizadas adecuadamente, pueden ayudar a optimizar sus índices de calidad, generalmente bajos. En el cuadro 4.1 se presentan algunas de las principales estrategias útiles en la entrevista clínica; se incluyen sus funciones y algunos ejemplos para que puedan servir de guía en su empleo.

Sturmey (1996) indica cómo las diferentes estrategias tienden a usarse en los distintos momentos de la entrevista clínica. De esta forma, tal y como se indica en el cuadro 4.2, tras la exploración inicial y la conversación breve que suele incluir, se comienza por establecer el marco de la entrevista. Enseguida se pasa a una primera parte de la entrevista, en la que el objetivo principal consiste en recoger información del entrevistado; en este momento las preguntas abiertas tienden a ser las más útiles. Cuando la información empieza a redundar o saturarse, se pasa a una segunda fase de preguntas cerradas de contraste y búsqueda específica de información. La entrevista suele terminar con una fase de resumen y devolución de información en la que las paráfrasis y los resúmenes son muy adecuados. Obviamente, los patrones pueden repetirse durante una misma sesión y se admiten los círculos y las vueltas atrás siempre que el clínico lo considere necesario.

Cuadro 4.1. Ejemplos de tipos de estrategias a utilizar en una entrevista clínica (a partir de Sturmey, 1996).

Estrategia	Función	Ejemplo
Preguntas abiertas	Facilita mucha información; el entrevistado suele responder ofreciendo mucha información	<i>Hábleme de su problema. ¿De qué tipo de recursos personales dispone usted? ¿Qué hace que empeore la situación?</i>
Preguntas cerradas	Señala información en un sentido predeterminado. El entrevistado responde con poca información, incluso con monosílabos	<i>¿Qué es peor, los supermercados o conducir? ¿Ese fue su primer ataque de pánico?</i>
Expresiones mínimas verbales	Indica nuestra atención. Ayuda a continuar y sirve de recompensa durante la entrevista	<i>“ujú”, “ajá”, “bien”, “umm”, etc. Mover la cabeza afirmativamente, cerrar los labios con fuerza, etc.</i>
Reflejo	Confirma que estamos escuchando	<i>¿Así que usted suda mucho y le late el corazón muy deprisa? Es decir, ¿piensa usted mucho en ese tipo de cosas?</i>
	Sirve para empatizar	<i>Ya entiendo lo que le preocupa. Puedo entender que se sienta mal en esas situaciones</i>
	Clarificar	<i>¿...le he entendido bien? ¿Quiere usted decir que...? ¿...es eso lo que quiere usted decirme?</i>
Estructuración verbal de la entrevista	Especifica la estructura de la entrevista, especialmente los puntos de transición	<i>Hemos hablado en gran detalle sobre su problema pero, ¿hay algo más que le preocupe? Ahora me gustaría conocer algo sobre su familia...</i>
Parfraseo	Confirma información, clarifica y resume	<i>¿Así que el problema comenzó hace 18 años y..., es así? ¿Lo que quiere usted decir es que tiene miedo de volverse loco en esas situaciones?</i>
	Ofrece al cliente nuevas perspectivas sobre su situación	<i>Así que su malestar puede dividirse en situaciones difíciles que le ocurren a lo largo del día, especialmente en el trabajo, ¿no es cierto?</i>

Cuadro 4.2. *Tipos de preguntas a lo largo de la entrevista clínica (a partir de Sturmey, 1996).*



Para facilitar un poco más la labor, siempre compleja, de iniciar y mantener una entrevista clínica, se han desarrollado pautas y guías de entrevista más o menos amplias y más o menos estructuradas. Especialmente en la década de los 90 la profusión de pautas clínicas fue muy elevada y se fueron ajustando a los distintos trastornos específicos de acuerdo con los ejes de desarrollo de las entrevistas semiestructuradas derivadas del DSM-IV-TR. En el material para el terapeuta se presenta una pauta general que el autor lleva empleado en los últimos años con resultados aceptables en cuanto a la utilidad como guía para la primera entrevista clínica con adultos. La pauta se adapta mejor a algunos trastornos que a otros,

pero en general ayuda a recoger la información más relevante y a coordinar el proceso de EPC. No debe olvidarse que, como en aquel mes de mayo francés, las normas están para romperlas. El entrevistador tiene que sentirse libre de adaptar en cada momento la pauta a su paciente y a la situación específica. Como puede observarse, la pauta propuesta aborda aspectos relacionados con el análisis descriptivo, el funcional y el diagnóstico, cubriendo de esta forma los tres ejes del proceso de EPC. A lo largo del texto iremos destacando diversos momentos y fragmentos de la pauta, de acuerdo con la labor que se comente en cada caso. En primer lugar nos centraremos en las preguntas relacionadas con la identificación de problemas.

- *Delimitación inicial de los problemas*

Como se ha visto, cuando una persona se decide a visitar a un psicólogo lo más fácil es que a la primera sesión acuda algo tenso y habiendo preparado lo que quiere contar. Este “discurso” suele incluir información relevante al problema principal y las atribuciones que la persona hace del mismo. Pero, además, el cliente sentirá cierta frustración y sensación de no ser escuchado si no se le ofrece la oportunidad de exponer sus quejas. De esta forma, la primera pregunta de la entrevista clínica propiamente dicha debe ser acerca del motivo de consulta y tendrá que ser abierta y dejar el suficiente espacio al cliente para expresarse el tiempo necesario, sin cortes ni trabas. Es muy conveniente respetar incluso los silencios iniciales y favorecer la exposición completa del argumento. Cuando creamos que ha terminado la parte preparada, preguntas como ¿quiere contar algo más? o ¿alguna otra cosa? abren las puertas a una primera intervención menos preparada, más espontánea y que generalmente complementa y aporta información relevante.

En este punto pueden aparecer dos dificultades importantes que requerirán soluciones distintas:

a) La persona solamente refleja problemas globales que afectan a toda su existencia. “Toda mi vida es un desastre”, “todo me sale mal”, “vivo completamente asustada y no sé qué hacer”, etc. En este caso, la solución más eficaz consiste en intentar comenzar a desintegrar el gran problema existencial en pequeños problemas más fácilmente definibles y abordables. La inicial dificultad de esta situación se ve recompensada con unas primeras mejorías muy rápidas, una vez que el paciente comienza a comprender que no toda su vida es tan mala, sino que tiene algunos problemas que debe resolver. Algunas estrategias con buenos resultados para “romper problemas” pueden ser:

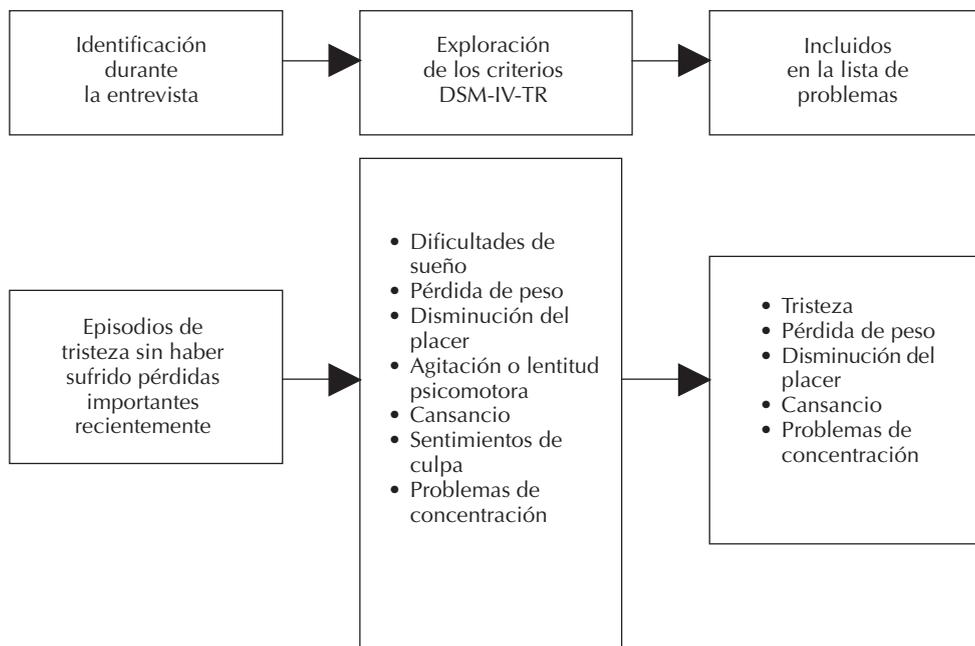
— Pedir a la persona que identifique aspectos de su vida que todavía funcionen bien. Por ejemplo: a una persona mayor que acude quejándose de una inmensa tristeza continua puede preguntársele por los momentos que pasa con sus nietos pequeños, pues casi siempre éstos no revisten tanta tristeza.

- Diferenciar los momentos peores de algunos “algo mejores” ayuda a comenzar a identificar los problemas más graves.
 - Pedir un relato de todo un día, por ejemplo el mismo día de la entrevista. Necesariamente ha de haber momentos en los que la persona no tenga presente ningún problema y no se sienta tan mal. Una buena pregunta para empezar puede ser: *Recuerde usted cuando se ha despertado esta mañana, ¿ya estaba usted pensando en el problema, quiero decir, nada más sentir que estaba despierto?*
- b) La persona informa de que no tiene problemas en su vida. Este caso tiende a ser algo más complejo que el anterior. Generalmente ocurre cuando las personas vienen obligadas a la consulta, en los casos judiciales, por ejemplo, o cuando los trastornos cursan sin conciencia de enfermedad o malestar. En esta ocasión las alternativas son múltiples y pueden llegar a implicar otras técnicas distintas a la entrevista:
- Utilizar la información de la exploración inicial puede dar buen resultado en muchos casos. Buenos ejemplos pueden ser los casos de abuso o dependencia del alcohol o de otras drogas, normalmente con efectos visibles si el problema es serio, o algunos casos de anorexia.
 - Revisar un día normal de la vida del paciente. No un día en abstracto, sino el día de la entrevista o el anterior, siempre que hayan sido normales.
 - Implicar el juicio de terceras personas: *¿Qué problemas piensa su familia (amigos, médico, etc.) que tiene usted?* Recurrir a entrevistas con informadores es un caso extremo de este tipo de situación.
 - Hacer preguntas sobre los objetivos en la vida empezando una técnica de ideales de vida. *¿Qué le gustaría hacer o ser en la vida?, ¿qué le gustaría haber sido?: Si le tocaran 12 millones de euros en la lotería, ¿qué cosas cambiaría en su vida?* Los ámbitos que se preferirían cambiar tienden a indicar posibles problemas actuales y pueden indicar el camino por el que comenzar una evaluación más detenida.
 - En última instancia, antes de recurrir a otras técnicas o estrategias, puede ser conveniente continuar la entrevista sobre los distintos ámbitos de actividad de la persona. Ante este tipo de preguntas también es frecuente la aparición de información relativa a problemas o trastornos.

Una vez identificado al menos un problema, empieza la búsqueda de información guiada por las hipótesis, método que ya se apuntó en la exploración inicial y que continúa durante todo el proceso. Estas hipótesis pueden provenir de distintas fuentes: la información de la exploración inicial, la información ofrecida por el cliente en las primeras preguntas y la identificación de problemas tipificados como criterios diagnósticos en la clasificación DSM-IV-TR. Se trata de abrir un abanico de problemas, un árbol que nos permita ir rastreando todas las situaciones potencialmente difíciles de la vida de la persona. Según las clasificaciones diagnósticas han ido siendo más descriptivas y basadas en

la evidencia, las listas de criterios diagnósticos han reflejado mejor una realidad de comportamientos y situaciones que tienden a aparecer conjuntamente en forma de conglomerados de problemas. Si bien los determinantes funcionales de esos problemas siguen respondiendo en gran medida a situaciones particulares y a elementos idiosincráticos de cada persona, la evidencia indica la existencia de configuraciones de síntomas o problemas susceptibles de emplearse en la EPC como heurísticos de búsqueda de problemas. Esto es: si una persona nos informa de que sufre ataques repentinos e incontrolados en los que siente que va a perder el control sobre sí misma o va a morir y estos sentimientos se acompañan de sensaciones muy intensas de miedo o ansiedad, tenemos una gran probabilidad de encontrar problemas de evitación agorafóbica de ciertos lugares, quizás problemas para quedarse sola en casa o alejarse de centros hospitalarios, etc. En este sentido, una vez que identificamos algunos de los criterios de un trastorno, es muy recomendable llevar a cabo un barrido por el resto de criterios de ese trastorno y por los de los trastornos con índices importantes de comorbilidad. Esta exploración de los criterios puede hacerse en la misma entrevista incorporando las preguntas clave para los principales trastornos. En el cuadro 4.3 se ofrece un ejemplo relacionado con un episodio depresivo.

Cuadro 4.3. *Ejemplo de búsqueda de problemas guiada por los criterios DSM-IV-TR para los episodios depresivos.*



Por supuesto, el proceso de EPC continúa con la evaluación detallada de cada uno de los problemas para identificar los determinantes funcionales presentes en cada transacción o secuencia. Posteriormente, el modelo de formulación clínica explicará el funcionamiento global y ayudará a diseñar y personalizar el tratamiento.

Es posible que las personas hayan identificado algunos problemas de su vida pero no todos o que crean que algunos no tienen relación con los demás o incluso que no tienen importancia desde un punto de vista psicológico y, por tanto, no suelen informar de ellos de forma espontánea. Para completar la búsqueda de esos posibles problemas merece la pena completar este primer fragmento de la entrevista con un rastreo, de los principales ámbitos de actividad de la persona. Este tipo de rastreo, además de ayudar a identificar los problemas, tiene un valor añadido como identificador de recursos y de ámbitos que funcionan adecuadamente en la vida de la persona. En este sentido esta parte de la entrevista sirve también para distraer al paciente de los principales problemas de su vida que se acaban de revisar y, de este modo, bajar un poco la tensión de la entrevista. Para controlar el tono emocional de la entrevista, si los problemas fuesen muchos o muy importantes, podría resultar adecuado ir intercalando preguntas de rastreo de ámbitos presumiblemente con buen funcionamiento con las preguntas dirigidas a los problemas.

Los principales ámbitos de funcionamiento de la persona pueden rastrearse siguiendo las orientaciones ofrecidas por las clasificaciones diagnósticas DSM-IV-TR y CIE-10, algún modelo o instrumento de calidad de vida o funcionamiento psicosocial o de manera más informal adaptándose a las circunstancias del cliente. En cualquier caso, deben revisarse al menos las siguientes áreas de funcionamiento psicosocial:

- Vida de pareja, convivencia, sexo, etc.
- Vida familiar y relaciones con parientes.
- Vida laboral y estudios.
- Relaciones sociales y ocio.
- Sueño.
- Drogas.
- Alimentación.
- Aspectos cognitivos (pensamientos rápidos, delirios, etc.).
- Sucesos vitales estresantes (especialmente posibles malos tratos en la infancia o abuso sexual).

Aunque la evaluación en este punto se centra en la situación actual de la persona, debe valorarse la conveniencia de introducir algunas preguntas relativas a sucesos pasados que podrían afectar directamente al funcionamiento actual. La APA ha aconsejado como preguntas obligatorias de exploración en cualquier proceso de evaluación los sucesos vitales estresantes, muy especialmente los malos tratos en la infancia y el abuso o agresiones sexuales. Su importancia es tan capital que vale la pena introducirlas desde el principio. Obviamente, hay que valorar la relación establecida con el paciente y su disposición a informar de sus problemas antes de formular alguna de estas preguntas, pues realizadas de forma brus-

ca o en mal momento, pueden predisponer al cliente a ofrecer cierta resistencia o incluso un rechazo de la evaluación.

B) Cuestionarios

La utilización de cuestionarios para identificar problemas es una de las alternativas complementarias a la entrevista preferida por la mayoría de los psicólogos, al menos si se consideran los casos publicados y los datos sobre frecuencia de uso de instrumentos en los procesos de EPC. Aunque la confianza que depositamos en los cuestionarios pocas veces se ve recompensada con aportes de información ricos y veraces, hay que reconocerles cierta utilidad para ayudar a cumplir los objetivos de identificar los problemas de los clientes.

El campo de investigación y desarrollo de cuestionarios constituye, sin ninguna duda uno de los ámbitos de mayor desarrollo de la evaluación psicológica. Sus estrategias de creación (empíricas, factoriales y teóricas) están bien establecidas. Los procedimientos de aplicación son igualmente bien conocidos y sus criterios de calidad (fiabilidad y validez principalmente) se cursan en todos los planes de estudios de Psicología del mundo. No vamos a insistir aquí mucho más en ellos, pero sí cabe recordar la necesidad de emplear cuestionarios que cumplan unas normas y unos criterios de calidad mínimos, tal y como se establece en los *Standards* propuestos por la APA (APA, AERA, NCME, 1999) y otras asociaciones profesionales con mayor peso europeo, como las Directrices internacionales para el uso de los tests (*International Tests Comision*, 2001). Por otra parte, la inclusión de los cuestionarios en un proceso más completo de EPC implica que la calidad tiene que afectar más al proceso que al instrumento individual que engloba la interpretación final de la información y su contraste. De hecho, se pueden emplear cuestionarios muy buenos en procesos de evaluación que resultan finalmente muy malos. Del mismo modo, se pueden realizar procesos de evaluación muy aceptables que incluyan la utilización de instrumentos algo más débiles en su calidad.

En lo relativo a la identificación de problemas, los cuestionarios pueden usarse principalmente en dos momentos con distintas intenciones y posibilidades:

- a) *Antes de la primera entrevista.* Ya se ha comentado que la práctica de utilizar un cuestionario previo a la primera entrevista tiende a facilitar una parte del trabajo clínico inicial y ayuda a orientar a los clientes, desde el inicio en función de sus problemas principales. En este sentido, el empleo de cuestionarios biográficos y de detección antes de la primera entrevista puede aportarnos una información muy rica respecto a las circunstancias vitales de los clientes y, por supuesto, pueden ayudar a identificar los principales problemas o, al menos, orientarnos en su búsqueda posterior durante la entrevista.

Como se ha comentó en el capítulo anterior, los cuestionarios de detección pueden resultar de gran utilidad en este tipo de actuación. Algunos tests de personali-

dad, como el MMPI-II o el MCPI, pueden cumplir esta función adecuadamente, aunque debe considerarse su longitud y duración más como un inconveniente que como una ventaja antes de emplearlos en estos momentos.

- b) *Después de la primera entrevista (normalmente antes de la segunda)*. Normalmente en este momento ya se dispone de una información más completa y casi siempre pueden avanzarse algunas hipótesis respecto a los problemas del cliente, lo que hace que los instrumentos usados aquí respondan a una perspectiva más específica. Es decir: se utilizarán cuestionarios específicos para los posibles trastornos identificados. La necesidad de contar con una validez convergente entre los datos de las distintas estrategias (entrevistas y cuestionarios en este caso) nos señala la conveniencia de usar cuestionarios que coincidan o converjan con la información obtenida durante la entrevista. Por otra parte, la necesidad no menos importante de obtener una validez divergente nos recuerda la utilidad de emplear algún cuestionario que pueda divergir o diferenciarse de la información de la entrevista. Por ejemplo: si en una entrevista identificamos un problema de preocupaciones generales y continuas sobre la vida, podría resultar conveniente el empleo de un cuestionario de ansiedad generalizada, pero también resultaría interesante un cuestionario de depresión y quizás alguno de otros trastornos de ansiedad. La información recogida nos permitiría confirmar los datos de la entrevista de forma convergente y divergente a la vez, con lo que la calidad del proceso habría ganado muchos enteros desde su comienzo.

Un caso especial del uso de cuestionarios para la identificación de problemas es el de los trastornos de la personalidad, que, generalmente difíciles de diagnosticar de forma rápida, conforman una de las mayores dificultades del clínico para la identificación de problemas. Una recomendación que a nosotros nos resulta útil consiste en utilizar los cuestionarios de la SCID II o de la IPDE entre la primera y la segunda entrevistas cuando aparezcan pistas o claves que puedan indicar un trastorno de este tipo. En función de los resultados, la segunda entrevista puede diseñarse de forma más específica hacia el problema o puede seguir el camino habitual.

C) *Autorregistro*

Los autorregistros tienen mayor utilidad en la búsqueda de información sobre secuencias, pero pueden emplearse para la identificación de problemas. Su uso en los momentos iniciales de la intervención presenta algunos inconvenientes, como la falta de entrenamiento en autoobservación y la posible poca colaboración en ellos debido en gran medida a la incomprensión por parte del cliente de su importancia. Sin embargo, también presentan algunas ventajas: activan al cliente desde el principio, ya que inician el entrenamiento en autoobservación, ayudan a re-atribuir mejor los sucesos y sirven como medidor del cambio posterior, sin olvidar los efectos positivos del autorregistro en muchos problemas, en los que es capaz de provocar cambios de hasta un 30% de reducción en la frecuencia de aparición

del problema. La utilidad de este tipo de cambios iniciales y fáciles de obtener, aunque no sean duraderos, es bien conocida y resulta esencial si se considera que los pacientes esperan ver cambios en su vida antes de las seis primeras sesiones. Obviamente, deben cumplirse todos los requisitos de entrenamiento del cliente, de diseño del autorregistro y de sencillez para que la persona pueda implicarse en la tarea y llevarla a cabo sin dificultades añadidas. Los autorregistros tienen distintas formas y utilidades dentro del proceso de EPC las más importantes son:

- Registro de frecuencias (aparición y frecuencia de sucesos).
- Registro diario de síntomas (identificación de problemas).
- Registros antecedentes-conducta-consecuentes (determinantes situacionales e internos).
- Registros complejos de pensamientos, sensaciones, intensidad, etc. (determinantes de forma más específica).
- Diarios y descripciones (ideas desajustadas, creencias, impacto y tipo de sucesos).
- Muestras temporales (útiles en casos con dificultades para identificar los sucesos clave a registrar).
- Registros continuados de 24 horas (registros psicofisiológicos y su relación con sucesos situacionales o internos).

En términos generales puede recomendarse su uso con la mayoría de los clientes después de la primera o segunda sesiones de evaluación y resultan especialmente interesantes en los casos en los que la persona nos indica que toda su vida es un problema en su globalidad. Para identificar problemas, los autorregistros más empleados son muy sencillos; generalmente es suficiente con pedir a la persona que registre en un papel los momentos en los que se sienta peor, sin mucha más información, pues podría llevar al incumplimiento de la tarea. Posteriormente, se comentarán estas situaciones en la entrevista. En el cuadro 4.4 se ofrece un ejemplo de autorregistro para identificar problemas de una persona que se queja de que “toda su vida se ha ido al traste” y que se siente “completamente incapaz de salir adelante”. La persona debe cumplimentar la hoja con números que indican el grado de malestar en una escala de 0 a 10. Después en la entrevista se le preguntará sobre esas situaciones: *¿Qué pasó el jueves a las 19 h?, ¿ese problema se repite todas las tardes? o ¿qué pasa por las tardes? y ¿cuál es su actividad principal a esas horas?*

En algunos casos, principalmente para identificar problemas cognitivos (pensamientos, ideas irracionales, expectativas desajustadas, etc.), puede ser de utilidad pedir a la persona que nos escriba un diario a la manera tradicional, es decir, resumiendo por las noches las actividades llevadas a cabo durante el día, sus preocupaciones, creencias, etc. Esta estrategia, claramente cualitativa, es capaz de identificar creencias y pensamientos que una persona difícilmente expone en una primera o segunda entrevista. Además, añade a las ventajas de los autorregistros las de las técnicas narrativas. Nos acercamos así a la narración del propio paciente de sus problemas y de su vida; dicha narración tendrá que abordarse en algún momento de la terapia y conviene ir conociéndola. En esta misma línea, el diario

podrá constituirse en una técnica de intervención en un segundo momento y no es malo que la persona haya comenzado a utilizarla desde el principio para evitar o corregir la reactividad de este tipo de técnicas. La habilidad del clínico para identificar esta información en el diario y posteriormente obtener clarificaciones durante la entrevista resulta clave para obtener el máximo partido de este tipo de estrategia, que, por otra parte, puede combinarse perfectamente con un registro más cuantitativo si fuera necesario.

Cuadro 4.4. *Ejemplo de autorregistro para identificar problemas*.*

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
9-10							
10-11	3						
11-12		2		5			
12-13	4		1		3		
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19		5	4		7		
19-20	7			10			7
20-21							6
21-22							
22-23							7

* Los números indican intensidad.

D) Entrevistas con informantes (familiares, tutores, profesionales, etc.)

Las entrevistas con informantes que puedan añadir y contrastar la información ofrecida por el cliente e incluso colaborar en la terapia no sólo resultan recomendables, sino que son imprescindibles. La importancia de contar con información y colaboración del entorno del cliente es

esencial en la mayoría de los problemas que se abordan en los procesos de intervención en Psicología clínica. Desde el principio debemos informar a los pacientes de nuestra posición en ese sentido: *Vamos a tratar de hablar con sus familiares y posiblemente les pidamos que colaboren en la intervención, ¿está usted de acuerdo?, ¿con quién cree usted que podríamos hablar?*

En cuanto a la identificación de problemas se refiere, los familiares pueden:

- a) Confirmar los problemas identificados hasta ahora.
- b) Añadir problemas no identificados hasta el momento.
- c) Poner en tela de juicio alguno de los problemas identificados.

Todas las alternativas son igualmente interesantes y abundan en la necesidad de contar con informes del entorno del cliente. La entrevista con los informadores requiere unos controles mínimos para llevarse a cabo de forma ética y eficaz:

- Informar y pedir autorización al cliente.
- Mantener el secreto profesional y la discreción debidos al cliente.
- Elegir adecuadamente al informante.
- Preparar de forma concisa y clara la entrevista con el informante y no improvisar sobre la marcha.
- Informar al cliente de los principales temas abordados en la entrevista con el informante.
- Considerar la utilidad de una entrevista conjunta al cliente y al informante.

Los psicólogos hemos aceptado a regañadientes el hecho de que las informaciones de terceras personas que conviven con el paciente pueden ser relevantes (de hecho, psicólogos de primera línea han insistido y siguen haciéndolo en lo superfluo de esta información) y nos está costando más trabajo aceptar que los informes de otros profesionales también son útiles, puede que hasta necesarios, para completar intervenciones clínicas adecuadas. Sin duda, el futuro nos depara grandes cambios en esta forma de actuación, pues la intervención psicológica pocas veces puede permanecer aislada de los aspectos sociales, educativos y de salud que abordan otras profesiones y que resultan clave en los modelos biopsicosociales actuales.

E) Otras técnicas: proyectivas, técnica de ideales en la vida, etc.

En la mayoría de los casos, las técnicas y estrategias comentadas hasta ahora bastan para identificar adecuadamente los problemas del paciente con suficiente garantía de calidad, pero en la clínica diaria se presentan ocasiones en que las dificultades para dar con los problemas del cliente se hacen más evidentes y llega a resultar verdaderamente compleja la tarea de búsqueda de transacciones problemáticas en la vida de la persona. Son casos en los que generalmente los clientes no presentan quejas explícitas y, a pesar de la entrevista y de los

otros métodos, no consiguen exponerlas. A la vez, desafían las habilidades del psicólogo para encontrar lo que funciona mal en la situación personal del cliente. De forma alternativa, se encuentran casos en los que las listas de problemas comienzan a ser tan amplias, que enseguida el evaluador debe entender que tiene que existir un núcleo que explique toda la configuración extrema de problemas; se trata de los trastornos de la personalidad. Ya se han expuesto algunas alternativas para identificar los problemas en este tipo de casos, pero en algunas especiales puede que no hayan resultado suficientemente eficaces y la situación general no termine de aclararse. Finalmente, llegan a la consulta personas que o no vienen suficientemente motivadas para la intervención o cuyos problemas dificultan su colaboración en ella (en el caso de los malos tratos ni a las víctimas ni a los maltratadores les resulta sencillo informar de sus comportamientos y problemas), casos provenientes de personas juzgadas, forzadas por sus familiares, o algunas patologías que precisamente desmotivan al paciente. Como puede suponerse, la búsqueda de problemas resulta compleja, si no imposible, en muchas de estas ocasiones.

En estos tipos de casos especialmente complicados, además de intentar mejorar la relación terapéutica para facilitar la comunicación y la confianza del paciente, el psicólogo todavía puede recurrir a algunas estrategias y técnicas menos estandarizadas y algo más complejas en su interpretación, pero de indudable utilidad en el marco de un proceso de EPC. Son las técnicas proyectivas, en las que se pide al cliente que exprese con distintos métodos (habla, escritura, dibujo) lo que siente respecto a algunos estímulos o preguntas con poca estructura. De esta forma se espera que, al estructurar la respuesta, el paciente exprese algo de sí mismo o de sus situaciones problemáticas, sean internas, externas o, más frecuentemente, transaccionales entre ambas configuraciones.

Las técnicas proyectivas han sido fuente de polémicas inacabables respecto a su calidad y utilidad en los procesos de evaluación clínica. Los autores se han dividido entre los seguidores, que prácticamente usan exclusivamente este tipo de estrategias, y los detractores, que jamás las emplearían (y posiblemente tampoco les gusta que otros lo hagan). La situación ha ido cambiando en los últimos años y el consenso respecto a este tipo de estrategias está más próximo de lo que podría parecer. Nuestra perspectiva, centrada en el proceso y en un acercamiento metodológico, no tiene ningún problema para incluir este tipo de técnicas dentro del proceso de EPC, siempre que se ponga especial cuidado en mantener las interpretaciones en niveles ajustados a los modelos teóricos y se sometan las hipótesis a los mismos controles que las derivadas de otras técnicas. Por otra parte, la experiencia clínica acumulada demuestra la utilidad de este tipo de estrategias más indirectas en los casos en los que la comunicación con el cliente se hace más difícil, como los que se han expuesto anteriormente.

Al emplear este tipo de técnicas en el marco de un proceso de EPC, el evaluador debe aprovechar sus ventajas en cuanto a facilidad de expresión de los clientes, dificultad de simulación en ellas y flexibilidad de su estructura, a la vez que controlar sus desventajas, centradas en su interpretación más compleja, sometiendo los posibles hallazgos a un proceso riguroso de convergencia con otras técnicas y, de ser posible, de contraste de hipótesis de forma experimental y dejando las conclusiones para el contraste de la formula-

ción final del caso. Por ejemplo: si en una entrevista comenzamos a sospechar de los malos tratos sufridos en la infancia por nuestro paciente pero no conseguimos que él mismo nos informe de ello (puede haber distintos motivos para esta falta de información, desde la vergüenza extrema o la culpa hasta la falta de recuerdos estructurados al respecto, por ejemplo), podemos utilizar una estrategia proyectiva para intentar facilitar la información. Una vez iniciado el proceso de expresión del problema, podríamos volver a la entrevista o emplear estrategias alternativas, como la hipnosis o las técnicas narrativas, para continuar la exploración y confirmar la información obtenida. La calidad de la evaluación no dependerá de la poca o mucha calidad de la técnica proyectiva de forma aislada, núcleo de las discusiones tradicionales sobre su utilidad, sino del proceso de forma global.

4.1.3. La lista de problemas

Disponer de una lista que resuma todo el proceso seguido para la identificación de los problemas y dificultades del paciente no es imprescindible, pero puede llegar a resultar muy útil en el proceso de EPC. Entre las ventajas de contar con una lista de problemas escrita pueden destacarse las siguientes:

- Ayuda a estructurar el proceso de EPC al especificar los centros de atención y de análisis del mismo.
- Especifica el tipo y la amplitud de los problemas del paciente.
- Provee información para generar hipótesis que ayuden a continuar el proceso de EPC.
- Ayuda al cliente a entender mejor su situación actual y sus posibilidades.
- Contribuye a asignar el diagnóstico.

La lista de problemas debe recoger de forma exhaustiva todos los problemas identificados. Es imprescindible hacerla por escrito para poder ver todos los problemas a la vez, ya que en la mayoría de los casos superan la capacidad de procesamiento de la memoria humana. La revisión visual de la lista suele facilitar pistas respecto a las relaciones entre los distintos problemas identificados inicialmente: relaciones temporales, independencia, identidad de problemas recogidos con diferentes términos o desde diversas perspectivas, etc. Es aconsejable contar con una pizarra en la cual el evaluador va anotando los problemas de los que el cliente va informando, incluso contemplando una disposición espacial que ayude a entender mejor las relaciones entre ellos. Una hoja de papel puede hacer la misma función, pero la posibilidad de borrar tantas veces como sea necesario ciertamente resulta muy útil. Es menester consensuar la lista con el paciente para facilitar su implicación en la terapia y para asegurarle que le hemos entendido y escuchado en todas sus quejas. Este consenso puede intentar conseguirse desde el principio o abordarse en la entrevista de devolución de información según interese en cada caso. La ventaja de hacerlo desde

el principio radica en que se empieza a implicar al paciente en la intervención y la desventaja en que pueden ir apareciendo más problemas a lo largo de la evaluación o pueden existir otros de los que el evaluador prefiere no hablar en estos momentos iniciales. De esta forma, el paciente puede perder confianza al pensar que no se están contemplando o que el evaluador no ha sido capaz de identificarlos. La decisión ha de tomarse en cada caso en función de los problemas y del paciente y el evaluador siempre tiene que pensar en la posibilidad de contar con dos listas de problemas: una para compartir con el paciente y otra propia del evaluador, que el paciente no siempre debe conocer en todos sus detalles, al menos inicialmente.

Cuadro 4.5. *Lista de problemas de un varón con miedo a volar en avión y su ajuste a los criterios DSM-IV-TR para fobia específica.*

<i>Paciente</i>	<i>DSM-IV-TR Fobia específica situacional</i>
Sensaciones de miedo cuando se encuentra en un avión	A. Temor acusado ante el estímulo B. Exposición al estímulo fóbico que provoca temor
Evitación, siempre que puede, de viajar en avión	D. Evitación de las situaciones fóbicas E. Interferencia en la vida cotidiana
Ingestión de alcohol y Biodramina® en cantidades altas antes del vuelo	E. Interferencia en la vida cotidiana D. Evitación de las situaciones fóbicas
Problemas de conciliación del sueño los días previos a un vuelo	A. Temor acusado ante la anticipación de la situación
Cierta sensación de malestar cuando realiza cualquier actividad relacionada con un viaje en avión	A. Anticipaciones y temor ante la situación fóbica
La persona reconoce que el avión es el medio de transporte más seguro y que la probabilidad de sufrir un accidente es despreciable, pero no puede dejar de temerlo	C. Reconocimiento de irracionalidad
Pensamientos de minusvaloración de sí mismo	<i>No coincide con criterios de fobia específica</i>

La lista de problemas puede organizarse de distintos modos en función de la importancia otorgada por el cliente, de la gravedad y amplitud del problema, de la dificultad o facilidad de cambio de cada problema, en un esquema temporal, etc. Un caso especial radica en la posibilidad de intentar comenzar la asignación de un diagnóstico tentativo depen-

diendo de la concordancia de la lista de problemas con los criterios diagnósticos de elección. Ya se ha comentado el valor de estas listas de criterios como elementos heurísticos en la búsqueda de problemas; es lógico que el estudio de su concordancia pueda seguir ayudando en el proceso de EPC y que los criterios diagnósticos puedan aclarar la visión del caso que tenemos delante en cada momento. En el cuadro 4.5 se ofrece un ejemplo de los problemas presentados por un varón con miedo a volar en avión y su ajuste a los criterios DSM-IV-TR.

Siempre se corre el riesgo de que algunos problemas pasen desapercibidos al clínico y la lista deba recomponerse más adelante. Aunque al principiante este hecho puede parecerle muy destabilizador, no es ni tan frecuente ni tan peligroso. Sencillamente, el evaluador debe admitir la nueva información e integrarla en la formulación global a la vez que comenta con el paciente los posibles motivos de su paso por alto en las sesiones anteriores. En cualquier caso, una vez que el psicólogo piensa que la lista es suficientemente completa, habrá de pasar a investigar el tipo de configuración exacta de la transacción ambiente-persona que hemos incluido en cada problema.

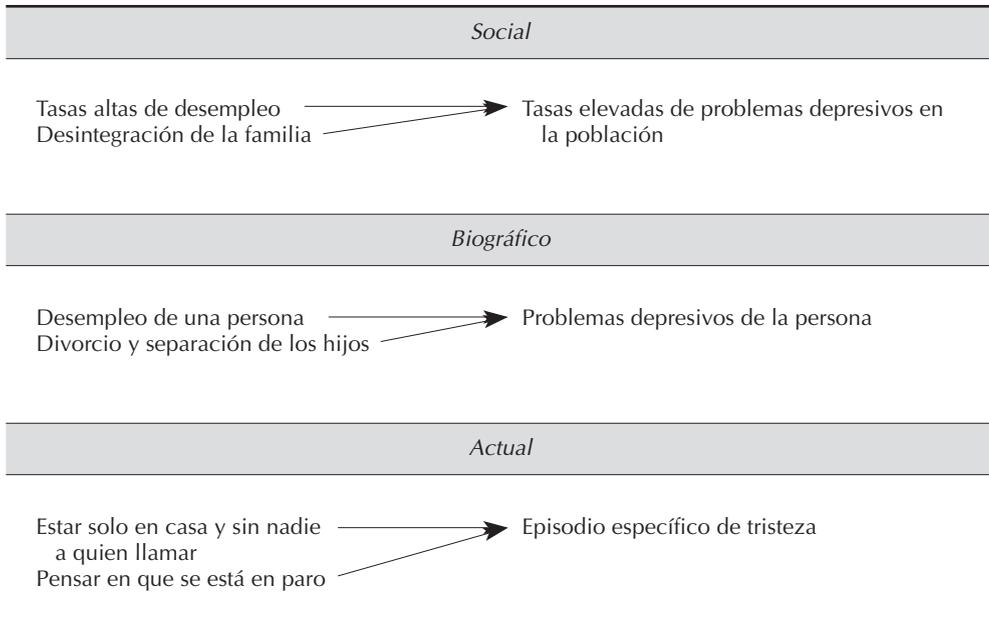
4.2. Análisis de secuencias

De igual forma que los perfiles de la costa de una región marítima, algunas estructuras biológicas o diversas fórmulas matemáticas se reflejan en una estructura de fractales, en los que la estructura general tiende a repetirse en los distintos niveles de complejidad del fenómeno: los fractales. La realidad social, biográfica y actual de una persona puede entenderse igualmente como un juego de fractales; en cada fractal se repiten las variables, estructuras y relaciones del nivel anterior estableciendo unas relaciones entre los distintos niveles que parecen trasponerse entre sí. El nivel de integración o de análisis de esas variables puede modificarse sensiblemente en función del interés o del enfoque. De esta forma, todos los sucesos tienen uno o varios antecedentes próximos que determinan su probabilidad de aparición y que son el resultado de los procesos sociales en los que vive inmerso el individuo y de su trayectoria biográfica. De alguna manera, las transacciones presentes de la persona con su contexto, sustentadas por un sustrato biológico, reflejan todo su espacio socio-cultural y toda su trayectoria y experiencia personal. Es razonable pensar que del mismo modo que todos los sucesos sociales aparecen por efecto de una o varias variables, los sucesos personales también respondan a un juego de causalidad similar en su nivel biográfico o concreto. En el cuadro 4.6 se ofrece un esquema simplificado de este razonamiento: se presenta un supuesto en el que se observa cómo los determinantes macrosociales, posiblemente detectados en estudios epidemiológicos, parecen indicar que una tasa alta de desempleo, unido a la desintegración familiar de las sociedades occidentales, pueden explicar una parte importante del incremento en las tasas de depresión de una población. Este hecho afecta a las personas concretas de esa población, de forma que nuestra paciente puede haber sufrido un despido que la ha colocado en una situación de desempleo, a la vez que, fruto de su divorcio y la separación de sus hijos, la persona se encuentra sola y con bajos recursos de apoyo social. El último nivel nos señala que un día concreto nuestra paciente se

encontraba sola en casa, no tenía a quien recurrir para pedir ayuda o hablar y comenzó a pensar en su situación de desempleo; este episodio terminó con una sensación muy importante de tristeza, llanto y desesperanza. Nuestro punto de vista es el de que en la Psicología clínica deben integrarse los niveles biográficos y actuales para conseguir un abordaje integral de los problemas personales y psicosociales que determinan los problemas de las personas. Obviamente, los niveles sociales tienen que conocerse e integrarse para contextualizar la intervención. Al igual que los niveles biológicos, que sustentan toda actividad psicológica, han de considerarse para completar el esquema biopsicosocial que dirige nuestra actividad.

El análisis de secuencias se centra en el estudio de los determinantes actuales del comportamiento, mientras que el análisis del desarrollo, que veremos en el siguiente punto, explora la biografía personal del cliente para identificar igualmente los posibles determinantes del comportamiento pasado y actual. La conjugación de ambos tipos de análisis otorga a la EPC una riqueza única en sus contenidos y en sus posibilidades de comprensión del comportamiento humano.

Cuadro 4.7. *Niveles de integración y análisis de las variables.*



4.2.1. Aspectos cualitativos

Este tipo de análisis implica el nivel más molecular al que llegará la EPC. Siguiendo el esquema molar-molecular que dirige toda la primera parte de la EPC, vamos a hacer un esfuerzo por descomponer los problemas, incluidos a estas alturas en la lista de problemas, en unidades más pequeñas de sucesos o acontecimientos que aparecen concatenados para formar un juego de transacciones específicas ambiente-persona que podemos denominar secuencia de acontecimientos. Dado que es prácticamente imposible que un problema esté presente de manera continua en la vida de la persona, la secuencia de acontecimientos se refiere a la forma en la que aparece el problema cada vez que ocurre. Si una persona sufre episodios de tristeza, una secuencia podrá ser la última ocasión en la que se sintió triste; ayer por la tarde, por ejemplo. En esta misma línea, el análisis de secuencias debe indicarnos en qué situaciones aparecen los episodios de tristeza, qué siente, piensa y hace la persona cada vez que tiene uno de estos episodios y cómo se modifica su ambiente posteriormente a su comportamiento; todo ello desde los primeros momentos previos al episodio hasta que éste ha terminado.

El enfoque psicológico que más ha desarrollado el análisis de secuencias ha sido el de la Evaluación conductual, que siempre ha puesto un énfasis especial en la necesidad de estudiar los determinantes próximos del comportamiento en forma de estímulos y respuestas. A lo largo de su historia, la Evaluación conductual ha ido especificando distintas propuestas para hacer el análisis de secuencias cada vez más claro y conciso. En el cuadro 4.7 se resumen los principales esquemas de representación de secuencias propuestos hasta el momento en función del tipo de variables y las relaciones incluidas en los mismos.

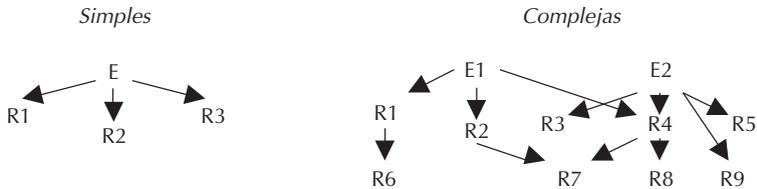
El punto nuclear del análisis de secuencias reside en la correcta organización de la información. Este aspecto ha sido elaborado desde los primeros momentos a lo largo de la historia de la EC. Primero fueron los esquemas sencillos E-R o E-E, que respondían a esquemas pavlovianos. Posteriormente, Skinner introdujo el término “refuerzo”. La versión más exitosa fue la de expresar la secuencia en la forma A-B-C (Antecedentes-Conducta-Consecuentes). Más adelante se han ido añadiendo distintos factores para completar el esquema. Los más relevantes han consistido en incluir las variables del organismo (O) entre el ambiente y la conducta, considerar los contextos generales que afectan a toda la secuencia y contemplar las relaciones de contingencia entre la conducta y sus consecuencias retroactuando, a su vez, sobre el organismo (Kanfer y Saslow, 1969; Fernández Ballesteros, 1980). De este modo, se integran todos los datos relevantes en la secuencia. La inclusión de los diversos tipos de respuestas, de acuerdo con la propuesta de Peter J. Lang (1977), y de antecedentes externos o internos, siguiendo los modelos del aprendizaje de la década de los 80, han centrado el esquema básico tradicional. En la década de los noventa las propuestas llevan a integrar todo lo anterior en diagramas de flujo y a no diferenciar en estos momentos los sucesos dependiendo de sus valores funcionales (antecedentes, consecuentes, etc.), dejando así la interpretación funcional para un momento posterior. El avance que este tipo de representación gráfica de las secuencias añade al análisis descriptivo resulta fundamental para integrar más fácilmente la información descriptiva en los modelos funcionales, como se verá

Cuadro 4.7. Esquemas de secuencias en función de las variables y relaciones implicadas.

Modelos lineales:

- E-R
- E-E
- E-C-Refuerzo
- Esquemas antecedentes-Conducta-Consecuente (A-B-C)
- E-O-C-Consecuencia

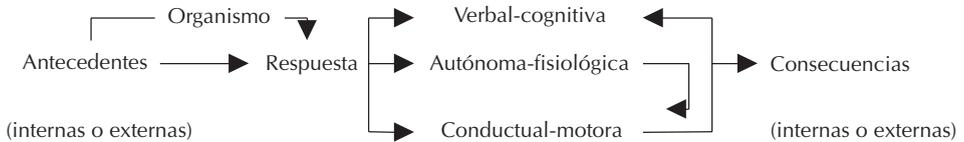
Inclusión de relaciones jerárquicas:



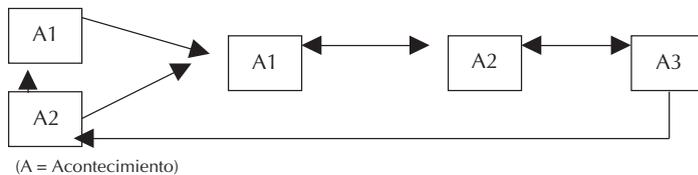
Inclusión de la retroalimentación y las contingencias:



Aumento de los tipos de respuestas:



Uso de los diagramas de flujo y eliminación de valores funcionales:



más adelante, representados gráficamente de forma similar. De hecho, este tipo de representación de secuencias en diagramas de flujo que incluyen todos los sucesos, variables y todo tipo de posibles relaciones entre ellas son el camino más corto hacia los modelos funcionales, objetivo de la formulación clínica.

En este sentido, es imposible detallar un único esquema que sirva para organizar todas las secuencias posibles, tantas como sujetos y problemas existen. Sin embargo, pueden detallarse algunas pautas de funcionamiento que han demostrado su valor práctico para la descripción de secuencias:

- Tener presentes los esquemas tradicionales, que pueden servir como guía de búsqueda y organización de la información. Muchos psicólogos siguen utilizando como esquema general de organización de secuencias el que distingue entre antecedentes, conducta y consecuentes o, mejor, entre antes, durante y después, y emplea la definición de conducta de los tres sistemas de respuesta. En este modelo los antecedentes y consecuentes pueden ser sucesos externos e internos. Prácticamente nadie piensa hoy en día que un esquema tan sencillo pueda incluir todos los acontecimientos implicados en una secuencia, pero tampoco nadie duda de su valor práctico a la hora de organizar la información.
- Incluir toda la descripción en un diagrama de flujo, que abarque descripciones de acontecimientos, relaciones entre ellos y su ordenación temporal a través de flechas o signos similares. El evaluador debe ir completando la información en cada uno de los momentos comenzando por contextualizar la secuencia completa, continuando por delimitar el acontecimiento iniciador de la secuencia (ambiental o interno), describiendo el siguiente acontecimiento del mismo modo y así hasta completarla.
- Utilizar un lenguaje lo más descriptivo posible, que no presuponga relaciones funcionales o procesos más amplios, como por ejemplo trastornos.
- Solucionar los problemas relacionados con el principio y el final de la secuencia. Es más fácil delimitar el final de una secuencia; generalmente el propio sujeto sabe cuándo “ha pasado lo peor” o se observa un cambio brusco de actividad o cambios ambientales importantes o una recuperación de la actividad anterior a la aparición del problema. Sin embargo, el principio puede ser más complejo: el sujeto suele conocer cuándo se empieza a encontrar molesto o cuándo empieza a tener problemas, pero pocas veces ha conseguido identificar los antecedentes o desencadenantes de la secuencia, por lo que la labor del evaluador es más importante en este momento.

4.2.2. *Aspectos cuantitativos*

Junto a la definición de la secuencia como estrategia para describir los problemas de forma más operativa y a la delimitación del tipo de sucesos que pueden y deben incluirse en los esquemas de secuencias, el análisis de secuencias abarca algunos aspectos cuantitativos de marcado interés para la evaluación.

A) Muestreo

El primer problema de carácter cuantitativo que ha de resolver el evaluador al intentar describir un problema a través de sus secuencias siempre será ¿qué secuencia elegir?, ¿la última?, ¿la más representativa?, ¿la más grave? o ¿la primera? Como en todos los problemas que implican una selección de sucesos que tienen que representar un universo de los mismos, la respuesta es sencilla: debe realizarse un muestreo de secuencias que nos permita asegurar que las ocasiones elegidas representan correctamente a todas las que ocurren. En este punto el evaluador tendrá que ajustar la estrategia de muestreo a las circunstancias de cada caso: tipo de problema, frecuencia esperada, posibilidades de observación o autoobservación, aspectos sociales (como peligrosidad) y un largo etcétera difícil de resumir. En definitiva: hay que aplicar los principios de muestreo incluidos en todos los estudios de Psicología al abordar la estadística en el currículo académico. Solamente como una guía de los tipos de muestreo que pueden usarse, se incluyen a continuación algunas de las estrategias que nos han resultado más útiles en el trabajo clínico de los últimos años:

— *Describir las secuencias más significativas.* En este caso debe incluirse como mínimo:

- La última ocasión en la que ha aparecido el problema. Es la secuencia que la persona tiene más reciente en la memoria, por lo que se limitan los sesgos. Además, la última ocasión nos ofrece una información muy valiosa sobre el estado actual del problema y sus posibles influencias en la vida de la persona en este momento.
- La primera aparición del problema o una de las primeras, que nos ayuda a identificar su origen. A veces el problema comenzó de forma brusca y la persona suele recordar muy bien aquella primera ocasión, como en los ataques de pánico. Sin embargo, en otras ocasiones, el comienzo fue insidioso y la persona no recuerda una primera ocasión, por lo que se puede recurrir a alguna de las primeras ocasiones. La comparación entre la primera y la última vez nos ofrece alguna información sobre la evolución del problema.
- La ocasión en la que el problema fue más grave. La mayoría de las personas identifican muy claramente la peor ocasión o, como mínimo, las peores. Este tipo de secuencia nos aporta información sobre la intensidad máxima del problema, define mejor sus términos y nos ayuda a identificar las variables presentes en las situaciones graves.
- Una de las ocasiones en las que el problema aparece de forma leve. Este tipo de secuencias resulta más difícil de identificar para los pacientes que tienden a informar de secuencias relativamente graves. Se trata de las ocasiones en las que el problema llega a aparecer, pero con un nivel de malestar prácticamente nulo. El ejemplo de una persona con miedo a los perros que, estando en un lugar seguro, escucha

un perro ladrar en la distancia suele funcionar para explicar qué tipo de ocasiones interesan. La comparación entre este tipo de secuencias y las más graves debe indicar sin duda las variables que controlan la intensidad del problema. Para completar el análisis, la comparación de la última ocasión con la más grave y las leves nos da una idea del estado actual del problema.

- *Buscar la representatividad de las secuencias descritas.* Una segunda opción de muestreo consiste en buscar una representatividad de las secuencias descritas respecto al total de las ocasiones. Evidentemente, este tipo de muestreo se centra en el estado actual. La estrategia más fácil de aplicar es la de muestrear todas las secuencias durante un período determinado de tiempo. Por ejemplo: describir todas las secuencias durante una semana. Si se ajusta el intervalo temporal a los posibles ciclos del problema (menstruales, diario-fines de semana, ciclos laborales, etc.), este tipo de muestreo resulta muy indicado. Si no se conocen los ciclos de funcionamiento de los problemas, el muestreo tiene que mantenerse hasta conseguir estabilizar el patrón de los parámetros que nos interesen. Además, esta estrategia permite obtener información acerca de las relaciones de contingencia entre los distintos acontecimientos de la secuencia, algo que no posibilita la estrategia anterior. Una combinación de ambos tipos de muestreo casi siempre recoge la información suficiente para establecer el análisis de secuencias de forma fiable, completa y válida.
- *Realizar un muestreo situacional.* En algunos casos se conoce de antemano el tipo de situaciones en las que es más probable que aparezcan los problemas. Por ejemplo: en las fobias sociales puede resultar más cómodo emplear un muestreo situacional que solamente incluya situaciones sociales. De hecho, si los determinantes situacionales llegan a estar bien establecidos, podría ser suficiente describir situaciones prototípicas en las que aparecieran las principales variables implicadas para conocer el funcionamiento del problema. Es posible también planificar las situaciones en la vida cotidiana del paciente o en la consulta, de forma que podamos tener más control sobre ellas; un buen ejemplo de esto son las técnicas de interpretación de papeles.
- *Llevar a cabo un muestreo temporal.* Por último, podemos encontrar comportamientos que aparecen repetidamente con una frecuencia alta y de los que no conocemos sus determinantes en estos momentos de la evaluación (fumar, pensamientos recurrentes, tics motores, alteraciones psicofisiológicas, etc.). Para este tipo de problemas puede resultar adecuado utilizar registros de observación o autoobservación en función de intervalos de tiempo. Por ejemplo: registrar los primeros 2 min de cada hora los pensamientos obsesivos. Para evitar posibles patrones temporales en los comportamientos que puedan ocultarlos o magnificarlos en una observación regular que coincida con esos patrones, pueden emplearse intervalos aleatorios de tiempo. Para este tipo de registros son muy útiles relojes con señales programables, de forma que la persona registre el minuto anterior al sonido de la alarma de su reloj. Como en los casos anteriores, el registro se mantiene hasta que el patrón se estabiliza o satura.

B) *Parámetros y contingencias*

Una vez que se ha elegido el sistema de muestreo, se comienza la recogida de información sobre las secuencias. La información cualitativa que indica qué sucesos ocurren en cada secuencia y organiza las relaciones entre ellos tendrá que ser complementada con una información cuantitativa que ayude a establecer esas relaciones de forma más clara y exacta. En primer lugar hay que establecer los parámetros del problema. El estado actual de la EPC parece indicar que los parámetros más importantes son: frecuencia, intensidad y duración del problema:

- La frecuencia hace referencia al número de veces que aparece un problema en cada unidad de tiempo (hora, día, semana, mes, etc.).
- La duración es el tiempo medio que dura la secuencia de un problema determinado cada vez que aparece.
- La intensidad implica la magnitud de los cambios una vez que aparecen y puede evaluarse en distintas unidades dependiendo del acontecimiento en cuestión: malestar, sensación de realidad de un pensamiento, sensación de irrealidad de una situación, unidades subjetivas de ansiedad, etc.

Los tres parámetros se pueden aplicar a toda la secuencia o a diferentes acontecimientos que pueden interesarnos en cada secuencia o problema. Es bien conocido el valor de la realización de gráficas para la representación de este tipo de información. Estas gráficas, que puede realizarlas el evaluador y presentárselas al sujeto a lo largo de la intervención o que puede hacerlas el propio sujeto, especialmente en el caso de la autoobservación, son de gran utilidad como elemento de motivación al cambio y de medida de resultados durante y tras el tratamiento.

Una vez en disposición de los datos relativos a los parámetros de los acontecimientos más relevantes, se puede pasar al análisis de las relaciones de contingencia entre ellos. En la mayoría de los casos los datos provenientes de una observación o autoobservación pueden someterse a análisis matemáticos sencillos, como análisis de contingencias o de probabilidades asociadas o Chi cuadrado. Un estudio de las relaciones de contingencia y las probabilidades asociadas entre cada par de acontecimientos en una secuencia puede indicar las relaciones existentes entre ellos; de este modo se transforma una información intuitiva en numérica y se unen al juicio clínico los índices de contraste matemático. Antes de intentar establecer una relación entre dos acontecimientos hay que estar en disposición, no sólo de identificar las ocasiones en las que aparecen juntos, sino también aquellas en las que se presenta uno de los dos y no aparece el otro. Solamente este tipo de datos permitirá formular relaciones entre acontecimientos con ciertas garantías.

Por ejemplo: puede considerarse un caso de pensamientos de baja autoestima del tipo “no sirvo para nada”, “otra vez he fracasado” o “no vale la pena que lo intente”. Al intentar delimitar sus antecedentes puede encontrarse en una entrevista que, muy frecuentemente, cada vez que el sujeto está expuesto a un problema en el trabajo (PT), aparece pos-

teriormente una cadena de esos pensamientos (C) a lo largo del día. La probabilidad de que un problema de trabajo sea seguido por los pensamientos se puede establecer, a través de un autorregistro de secuencias de una semana de duración, en:

$$P(\text{PT siga C}) = 0,7$$

Por tanto, la probabilidad complementaria de que ocurra el problema de trabajo y no se presenten los pensamientos será de:

$$P(\text{PT no siga C}) = 0,3$$

Con esta información puede concluirse que los pensamientos están relacionados fuertemente con los problemas en el trabajo y dirigir el resto de la intervención en esa línea. Sin embargo, si se continúa el estudio de las contingencias para el segundo término (C), podría encontrarse lo siguiente:

$$P(\text{C precedida PT}) = 0,2$$

Es decir: cada vez que aparece un PT, es seguido de una cadena de pensamientos con una probabilidad del 0,7. Pero el 70% de los pensamientos no está precedido de PT; de hecho, solamente lo está en el 20% de las ocasiones. Este dato llevaría a investigar otros antecedentes de los pensamientos, como problemas familiares (PF) y problemas de ocio con otras personas (PO):

$$P(\text{C precedida PF}) = 0,5$$

$$P(\text{C precedida PO}) = 0,2$$

$$P(\text{C no precedida PT, PF, PO}) = 0,1$$

Las conclusiones ahora son muy distintas: en este caso debe investigarse todavía qué factores comunes aparecen en los tres tipos de situaciones, especialmente en las familiares (probablemente relacionados con la falta de habilidades sociales), que facilitan la aparición de los pensamientos.

Uno de los mejores ejemplos publicados remarcando la importancia de este tipo de análisis es el de Schlundt, Jonson y Jarrell (1986) sobre los antecedentes de los comportamientos de vómitos en personas con trastornos de alimentación. En su caso, los datos provienen de los registros diarios sobre el comportamiento alimentario de los pacientes. La probabilidad de que apareciesen vómitos en cualquiera de las situaciones registradas era de 0,142, lo que parecía indicar que los vómitos podían ser independientes de las situaciones. Un análisis de los principales tipos de antecedentes puso de manifiesto lo siguiente:

— <i>Compañía</i>	solo	0,16
	con otras personas	0,13

— Estado de ánimo	negativo	0,31
	positivo	0,04
	neutro	0,13

Como puede observarse, las diferencias entre estar solo o acompañado no se separan ni entre sí ni de la probabilidad general (0,142), pero el estado de ánimo positivo o negativo sí parece tener una influencia mayor: el positivo reduce la probabilidad de vómito casi a 0, mientras que el negativo la hace aumentar de forma significativa. Se encontraron datos similares con las sensaciones de sentirse lleno y de la hora del día.

En uno de los trabajos mas exhaustivos de los realizados para contrastar la utilidad de la búsqueda de relaciones funcionales entre los sucesos, Brian A. Iwata y una larga lista de colaboradores (Iwata, Pace, Dorsey *et al.*, 1994) resumieron los datos provenientes de 152 casos de personas con dificultades para el desarrollo y comportamientos autolesivos estudiados por el equipo a lo largo de 11 años, con un rango de entre 8 y 66 sesiones por paciente. Mediante un detallado análisis funcional de las secuencias de los problemas de autolesión, los autores concluyeron que sólo en el 4,6% de los casos no pudieron identificar relaciones funcionales que controlasen el problema. Los determinantes funcionales del resto de los casos estudiados se reparieron como sigue:

- Reforzamiento social negativo, escape de otras fuentes de demandas aversivas para la persona (38,1%).
- Reforzamiento social positivo, conseguir atención, comida u otros reforzadores (26,3%).
- Reforzamiento sensorial (automático) (25,7%).
- Casos de control múltiple (5,3%).

Con las limitaciones que implican las particularidades propias de las personas con dificultades para el desarrollo, los datos apoyan de forma muy sólida la necesidad de realizar estudios de secuencias que desemboquen en análisis funcionales y formulaciones de caso, como veremos en el próximo capítulo.

4.2.3. Formas (técnicas) de recoger información sobre secuencias

A la hora de pensar en cómo recoger la información suficiente para describir las secuencias de un problema de forma que pueda llevarse a cabo su análisis, deben recordarse los principios básicos acerca de la calidad de la evaluación. En este caso la calidad radica en que realmente ocurra lo que decimos que ocurre; validez y exactitud podrían ser los criterios clave en estos momentos. Hay que tener presente la necesidad de contar con distintos puntos de vista (informadores) y diversos tipos de datos (técnicas) para conseguir una validez convergente que permita asegurar la información con suficientes grados de libertad. De esta forma, las técnicas recogidas a continuación tienen que considerarse de nuevo, más que como alternativas, como complementarias entre sí.

A) *Entrevista: paciente e informantes*

El estudio de secuencias se comienza prácticamente siempre en el curso de la entrevista con el paciente. Preguntas que animen y faciliten al entrevistado la descripción de sus propios comportamientos y de los sucesos que le ocurren y en cada ocasión en la que aparece el problema pueden ser muy útiles para comenzar. Igualmente útiles son las preguntas sobre los acontecimientos inmediatamente previos a la aparición del problema, los problemáticos y los inmediatamente posteriores.

Cuadro 4.8. *Estrategias para facilitar la descripción de secuencias durante la entrevista.*

-
- Contextualizar la secuencia lo máximo posible. Pedir la descripción de la situación con detalles, como el mobiliario de la habitación, la música que sonaba o la ropa que llevaba puesta, por ejemplo. Recordar a las personas presentes con detalles similares. Esta contextualización tiende a ser más sencilla en las secuencias más graves y más recientes; existen más dificultades en las secuencias más alejadas en el tiempo y más leves. El psicólogo debe poner especial cuidado precisamente en éstas. Es el contraste entre las ocasiones más graves y las más leves lo que señala las variables que controlan la intensidad, no solamente la descripción de las peores situaciones, tal y como algunos evaluadores parecen creer
-
- Identificar el comienzo de la secuencia: buscar cambios estimulares, aparición de nuevas personas, ideas o pensamientos, sensaciones fisiológicas, etc. Recordar que al buscar el inicio todos los estímulos y respuestas implicados seguramente tendrán un nivel muy bajo de intensidad que posteriormente irá aumentando. A partir de aquí hay que avanzar paso a paso hasta el final de la secuencia. Preguntas típicas de este tipo de avance pueden ser: ¿Qué pasó entonces? ¿e inmediatamente después?
-
- Identificar el final de la secuencia, cuando ha pasado “lo peor”. La mayoría de las personas identifican mejor este momento que el anterior. Una alternativa es identificar el final de la secuencia e ir dando pasos hacia atrás de forma lenta hasta encontrar el inicio. ¿Qué ocurrió inmediatamente antes de sentirse usted así? ¿y antes? son ejemplos de preguntas de esta tipo de estrategia
-
- Si no se identifica ni el principio ni el final de la secuencia, comenzar por el peor momento de la misma y avanzar hacia adelante y hacia atrás hasta asegurarse de que se ha agotado la situación
-
- En todos los casos anteriores deben incluirse preguntas sobre sucesos situacionales, comportamientos de las demás personas presentes, comportamientos, sentimientos, emociones, sensaciones, pensamientos e imágenes propias y todo aquello que pueda ayudar a comprender mejor toda la secuencia de acontecimientos que se está describiendo
-
- Incluir preguntas que, una vez identificada una relación entre sucesos, ayuden a estimar su relación de contingencia. Preguntas del tipo: ¿Siempre ocurre de ese modo? ¿Cuando su marido no está presente ocurre lo mismo? o ¿Con qué frecuencia reacciona usted de ese modo ante ese tipo de situaciones? pueden estar indicadas para este objetivo
-

Ya se ha avanzado cómo un estudio de secuencias representativo debe reunir información de varias ocasiones en las que aparece el problema, quizás en la entrevista puedan abordarse, al menos, la última vez que sucedió, la primera vez que percibió el problema, la más grave y alguna de las más débiles. Este tipo de información permitirá comparar la evolución del problema y los acontecimientos controladores del mismo. De esta forma, la entrevista puede comenzar la investigación sobre las secuencias preguntando al entrevistado acerca de la última ocasión en la que apareció el problema (seguramente muy reciente, incluso en algunos casos el mismo día de la entrevista) situándole en esa ocasión y pidiéndole que describa de la forma más concisa posible todo lo que ocurrió en esa ocasión. La pregunta “Cuénteme usted como una película la última vez que le ha sucedido el problema” suele ofrecer buenos resultados. La mayor dificultad proviene de la falta de elementos descriptivos en las respuestas del cliente. Habrá que hacer un esfuerzo por indicar qué tipo de información necesitamos y cómo recordarla mejor. El psicólogo no debe temer en este momento hacer preguntas muy específicas o cerradas para confirmar la información. En la pauta de entrevista propuesta se incluyen preguntas sobre las cuatro secuencias más significativas siguiendo el esquema de muestreo propuesto. Estas preguntas tendrán que completarse con las estrategias de descripción de respuestas que se incluyen en el cuadro 4.9 y con las de facilitación del recuerdo, que se presentan en el punto siguiente de este capítulo.

B) Autorregistro

Además de ofrecer información sobre frecuencia, intensidad y duración de los sucesos, el autorregistro es sin duda uno de los instrumentos más potentes de los que dispone la EPC para describir los sucesos implicados en una secuencia y sus relaciones de contingencia. A su vez, el autorregistro es una de las técnicas con menores índices de cooperación por parte de los clientes. Las razones de su dificultad nacen, entre otras, de la falta de comprensión por parte de los clientes de su utilidad, su complejidad relativa y la necesidad de atención continuada que requiere. La forma más conveniente de asegurar la colaboración del cliente en el autorregistro implica diversas acciones complementarias:

- Explicar a la persona la necesidad y utilidad de los registros en general y de ese tipo de información en particular.
- Asegurarse de que la persona ha entendido bien cada una de las situaciones y de los comportamientos implicados en el autorregistro; sabe identificarlos y cómo registrarlos.
- Escoger un tipo de registro y muestreo fácil y sencillo.
- Diseñar los registros implicando al cliente y respetando sus sugerencias respecto al momento del registro, los lugares, las hojas más adecuadas, etc.
- Entrenar al cliente en la consulta en la utilización de los registros mediante representación de papeles.

- Comenzar con registros sencillos, como los de frecuencias, e ir haciéndolos gradualmente más complejos hasta llegar al nivel deseado (y posible en función de las características de la persona y de la situación).
- Recompensar los intentos, no sólo los autorregistros correctos.
- Si es posible, implicar a otras personas con registros parciales de observación, por ejemplo.
- Devolver y explicar la información al cliente para que comprenda la utilidad de la técnica y pueda servir como entrenamiento en autoobservación y terapia de reatribución.

En el cuadro 4.9 se presenta un ejemplo de autorregistro cumplimentado por Margarita, una mujer de 70 años con problemas relacionados con episodios de tristeza y llanto. Sus familiares se quejan también de su falta de actividad y colaboración en las tareas domésti-

Cuadro 4.9. *Ejemplo de autorregistro de secuencias correcto e incorrecto. Pertenece a una mujer de 70 años que vive con su hijo y su nuera y tiene episodios de tristeza.*

<i>Poco descriptivo, mezcla categorías, poco informativo</i>	<i>Descriptivo, categorías más correctas, más informativo</i>
<i>Situación</i>	
Entra mi nuera en la habitación gritando como siempre	11 h estoy en la cama y entra mi nuera en la habitación diciendo en voz alta que tengo que levantarme
<i>¿Qué pensó?</i>	
Ya no aguanto más esta situación, no me respeta ni me quiere. Ni ella ni nadie, en realidad	Ya no aguanto más esta situación, no me respeta ni me quiere. Ni ella ni nadie, en realidad, porque soy vieja y no puedo hacer nada para evitar envejecer
<i>¿Qué sintió?</i>	
Tristeza y desesperación por no poder hacer nada por evitar envejecer	Tristeza, desesperanza y llanto
<i>¿Qué hizo?</i>	
Me callé y cuando se fue se me saltaron las lágrimas	Me callé y no contesté ni expresé mis sentimientos
<i>¿Qué pasó después?</i>	
Nada	Me levanté de la cama, fui al baño y comencé a vestirme

cas y de ocio. La primera línea incluye una anotación realizada por Margarita en la propia consulta sobre la secuencia más reciente (ese mismo día) de uno de los problemas. La segunda recoge las anotaciones llevadas a cabo sobre esa misma secuencia después de comentada en la consulta y explicados los términos incluidos y el tipo de información al que se refieren en cada caso.

Los autorregistros se configuran como unos instrumentos muy adecuados para contrastar y completar la información recogida en la entrevista. Igualmente, la entrevista sirve para aclarar y matizar la información recogida en el autorregistro. De esta forma, ambos instrumentos se enlazan en una estrategia combinada de entrevista-autorregistro que viene a ser uno de los pilares de la EPC para la identificación y descripción de parámetros y secuencias de los problemas de las personas. La combinación con observaciones de informadores, que puedan confirmar algunos aspectos, necesariamente externos, del comportamiento de la persona o de las situaciones a las que se ve expuesta maximiza la calidad de las descripciones de forma muy importante.

C) Observación y registros psicofisiológicos

Hasta ahora hemos revisado distintos métodos para describir secuencias en los que se ve implicada la subjetividad de la persona o del informante. Así debe ser si queremos incluir sucesos internos en las descripciones y, sobre todo, si consideramos la subjetividad de la persona como un factor esencial en el funcionamiento psicológico. Sin embargo, tenemos a nuestra disposición técnicas de evaluación capaces de ofrecer descripciones más objetivas de algunos de los sucesos implicados en las secuencias. Hablamos de las técnicas de observación y de los registros psicofisiológicos.

Las *técnicas de observación*, en sus muchas variantes, constituyen una de las herramientas más potentes para describir secuencias de acontecimientos. Tienen un único límite y es el que se refiere a la necesidad de que los sucesos sean observables por un observador externo. Posiblemente la observación participante y la representación de papeles ofrezcan las alternativas más útiles en el contexto clínico de aplicación, pero no deben olvidarse los contextos institucionales, como hospitales, centros de rehabilitación u ocupacionales, etc., en los que la observación en su sentido más estricto no sólo es posible, sino aconsejable. Para una descripción de las técnicas y procedimientos de observación, puede verse el excelente trabajo de Elena Ibáñez en la Universidad de Barcelona (Ibáñez, 1994).

En la mayoría de las aplicaciones de la observación resulta muy difícil o imposible incluir los sucesos cognitivos y los fisiológicos, pero la Psicología cuenta con técnicas adecuadas para describir este tipo de sucesos con mayor calidad.

Los sucesos fisiológicos son accesibles a través de técnicas de *registro psicofisiológico*. Antaño este tipo de técnicas se empleaban poco por su alto coste, su reactividad y su complicada instrumentación en comparación con su utilidad. Hoy en día estas excusas han caído en un total descrédito: los instrumentos son más baratos (algunos no son más caros que un reloj de pulsera barato), la mayoría de los registros puede hacerse en situaciones naturales

sin grandes costes ni reactividad y el avance de la informática ha permitido simplificar el uso de este tipo de medidas hasta niveles de dificultad mucho más bajos que los de un videojuego. Aun así, los psicólogos seguimos siendo reticentes al empleo de este tipo de medidas, quizás porque no se les otorga una utilidad clara o porque no se sabe obtener partido de los datos que nos ofrecen. De forma complementaria, los diseños de laboratorio han puesto al día una serie de estrategias que facilitan enormemente el registro observacional de pensamientos. Encontraremos un ejemplo claro en las técnicas de pensamientos en voz alta, que permiten identificar el flujo de ideas de una persona ante una situación de forma relativamente sencilla y válida.

Un ejemplo muy adecuado del uso de este tipo de estrategias en un contexto clínico de investigación, fácilmente exportable a la clínica cotidiana, es el que nos ofrecen los trabajos de Ana Fernández-Alba y Francisco J. Labrador en relación con la identificación de respuestas psicofisiológicas y pensamientos en una secuencia completa de juego con una máquina tragaperras. En primer lugar se entrena a la persona en la técnica de pensamientos en voz alta. Después se procede a una sesión en la que, tras adaptar a la persona a la instrumentación y darle las instrucciones básicas, se le pide que juegue normalmente en una máquina tragaperras a la vez que se registran sus respuestas psicofisiológicas (hasta seis distintas en cada caso) y sus pensamientos en voz alta son grabados durante toda la secuencia. Los análisis de este tipo de datos están ofreciendo unos frutos interesantes respecto al tipo de reacción fisiológica implicada en el juego y a los tipos de pensamientos relacionados con el azar que manifiestan las personas. Los patrones parecen poder diferenciar a los jugadores patológicos de los no patológicos y añaden alguna esperanza al tratamiento de este tipo de problemas. Su formalización en sesiones que puedan emplearse en la clínica habitual es un paso sencillo en comparación con lo avanzado hasta el momento por el grupo de investigación.

D) Cuestionarios y entrevistas estructuradas

Los instrumentos que presentan una estructura rígida o poco flexible difícilmente pueden recoger las particularidades implicadas en las secuencias de cada problema. A pesar de algunos intentos de diseñar cuestionarios y entrevistas estructuradas que faciliten información funcional, entre los que se puede destacar la entrevista ADIS del grupo de David Barlow para los trastornos de ansiedad, los resultados no han sido demasiado positivos hasta el momento. Podría concluirse que este tipo de instrumentos no tienen utilidad en este momento de la evaluación. Sin embargo, varios cuestionarios han demostrado su aplicabilidad en la descripción y cuantificación de algunas variables implicadas en las secuencias utilizándose para:

- Identificar y cuantificar, como se verá más adelante, variables del contexto o de la persona que puedan estar influyendo en el desarrollo de una secuencia determinada.

- Cuantificar emociones o sentimientos durante una secuencia a través de los instrumentos de estado. Un ejemplo es el STAI-estado, de Charles Spielberger, que puede emplearse inmediatamente después de un suceso, como hablar en público para pedir a la persona que nos indique su ansiedad durante éste.

Para terminar este punto debe señalarse que el análisis de secuencias tiende a desembocar en una redefinición de la lista de problemas ya que, al analizarse de forma detenida, algunas situaciones consideradas como problemas distintos pueden estar formando parte de la misma secuencia, lo que indicaría la conveniencia de considerarlos como un solo problema. Igualmente, sucesos que podrían haberse considerado como un único problema pueden responder a esquemas de secuencias distintos y poco coincidentes en el tiempo. En este caso parece más correcto delimitar ambas situaciones como problemas diferentes. Además, el análisis de las secuencias ayuda a confirmar la información diagnóstica y a seguir avanzando en las hipótesis de trabajo del caso. Por ejemplo: si se ha identificado un problema de temor cuando se está en presencia de un perro, la secuencia puede ayudar a identificar si la persona siente primero una reacción fisiológica y después comienza a pensar en los posibles peligros del perro o, por el contrario, la persona centra su atención en los aspectos más peligrosos del perro (dientes, por ejemplo) para, paulatinamente, empezar a sentir algunas reacciones fisiológicas. En ambas secuencias las hipótesis etiológicas y de mantenimiento no pueden ser las mismas. Dejo al lector que busque sus propias hipótesis alternativas para cada secuencia como ejemplo del trabajo típico en este momento de la evaluación.

4.3. Análisis del desarrollo

En este punto del proceso de EPC ya se conocen los problemas del cliente y se dispone de descripciones del funcionamiento actual de cada uno de ellos. Para entender mejor los procesos que contribuyen a mantener el estado actual de cosas reflejado en las secuencias es necesario disponer de una aproximación al desarrollo de los problemas y a su papel en la vida de la persona. Como se ha hecho en los puntos anteriores, en primer lugar se detalla una perspectiva teórica respecto al análisis del desarrollo de los problemas para, en segundo lugar, abordar las técnicas más empleadas en este tipo de tarea.

4.3.1. Etiología y curso de los problemas

A pesar de que los enfoques conductuales más ortodoxos han seguido una tendencia devaluadora de este tipo de información, los avances en la psicopatología del desarrollo, y en concreto los avances específicos en el ámbito de los trastornos por estrés postraumático, los modelos de vulnerabilidad-estrés y las aportaciones constructivistas y narrativas de la década de los 90 han situado el análisis del desarrollo en un lugar central en el proceso de

EPC. Por análisis del desarrollo entendemos el estudio de los factores que inciden en la etiología y en el curso de los problemas y su papel en la biografía de la persona. De esta forma, será necesario identificar, por una parte, las posibles variables de predisposición, preparación, riesgo y vulnerabilidad y, por otra, los agentes desencadenantes de los problemas y todos los factores que han podido incidir en su curso durante la vida de la persona. Este análisis se completará con el conocimiento acerca de las atribuciones, las expectativas y, en definitiva, el significado que la persona ha ido otorgando a los distintos sucesos y problemas a lo largo de su biografía para integrarlos en su memoria narrativa y en la construcción de su identidad personal (*self*).

Diversos autores han evidenciado la utilidad del análisis del desarrollo, especialmente el grupo de Meyer y Turkat. Haciendo una síntesis, las principales utilidades de este tipo de análisis pueden resumirse como sigue:

- El análisis del desarrollo es una de las fuentes principales de hipótesis acerca de la etiología y del mantenimiento de los problemas actuales de la persona. Este hecho, aunque resulta especialmente relevante en los problemas cuyo funcionamiento actual puede venir determinado por su origen (por ejemplo, el trastorno por estrés post-traumático) no se agota en ese tipo de trastornos, sino que alcanza su utilidad respecto a la mayoría de los casos.
- La información recogida durante esta fase puede ponerse en relación con la ofrecida por los modelos psicopatológicos que inciden en el inicio y desarrollo de los problemas; afortunadamente la mayoría de los modelos actuales tienen este tipo de factores muy en cuenta en sus formulaciones.
- El estudio de la relación temporal entre los problemas. ¿Qué ocurrió primero? o ¿aparecen juntos o separados los distintos problemas? son preguntas de alto valor para la comprensión del funcionamiento del caso.
- No se pueden prever los problemas conductuales futuros sin conocer sus determinantes etiológicos. Existe una fuerte evidencia de que entre los mejores predictores del comportamiento futuro en una situación determinada se encuentra el comportamiento pasado en situaciones similares.
- Para cambiar el comportamiento de forma significativa en la vida de una persona es necesario conocer las variables potencialmente causales y de mantenimiento del problema.
- Este tipo de análisis nos ayuda a identificar las posibles variables personales y contextuales que funcionan en cada caso.
- El estudio del curso de los problemas puede ayudar a confirmar algunas de la hipótesis sugeridas por el resto de la información recogida, por ejemplo, al haber sido manipuladas las variables en tratamientos previos o en situaciones determinadas anteriores, que sería difícil poner en funcionamiento en la actualidad.
- Nos ayuda a situar mejor el momento actual del caso en una perspectiva de estado-fase en la relación de las distintas variables y, por tanto, nos facilita el pronóstico acerca de la evolución del caso en un futuro próximo.

El análisis del desarrollo debe centrarse al menos en tres aspectos esenciales: los factores previos al inicio de cada problema, los presentes al principio de los mismos y los que tienen que ver con el curso y las relaciones entre los distintos problemas. En todos los casos el psicólogo debe considerar conjuntamente los factores que contribuyen a la objetivación de la información (lo que realmente ocurrió) con aquellos que inciden en la subjetividad de la misma (la forma en la que la persona lo interpretó). A continuación se hace un comentario más detallado de cada uno de estos momentos.

A) Factores previos al inicio de cada problema

Los distintos modelos de vulnerabilidad-estrés y los avances en la Psicopatología del desarrollo han puesto de manifiesto el papel que determinadas variables biológicas, conductuales, emocionales, sociales y del desarrollo pueden representar en el aumento de la probabilidad de aparición de los distintos problemas psicológicos. De esta forma, la revisión de los antecedentes familiares, los factores del embarazo y del parto, los de la primera infancia y todos los asociados a las épocas de cambio en el desarrollo psicológico de la persona pueden llegar a ocupar un lugar muy importante en la formulación clínica del caso. Igualmente, variables como el estatus socioeconómico, el nivel educativo, los grupos culturales de referencia, la etnia, la religión, entre otros, desempeñan una función determinante en la aparición y el significado de los problemas en la vida del paciente. Se volverá sobre este punto al tratar más adelante las variables personales y contextuales.

B) Inicio de cada problema

Salvo en los casos en los que los problemas comienzan de forma brusca y repentina, el momento de inicio de un problema es una cuestión ardua y difícil de definir. Ya se ha visto cómo en el análisis de secuencias el hecho de poder contar con la descripción de la primera ocasión en la que apareció el problema es un punto de referencia importante. También se ha visto cómo las personas no siempre pueden recordar una primera ocasión. “A mí siempre me ha dolido la cabeza, desde pequeña”, “yo nunca he tenido amigos”, “no sé cuándo comencé a preocuparme por esas cosas”, etc. son frases que todo evaluador ha escuchado en infinidad de ocasiones. Sin embargo, incluso en estas ocasiones casi siempre es posible identificar al menos una época de la vida de la persona en la que el problema comenzó a hacerse evidente o a tener más importancia. A estos efectos puede considerarse como momento de inicio de un problema aquel que el sujeto recuerda como tal o que es señalado de ese modo por personas allegadas (padres, tutores, etc.) o, en último caso, el momento en el que el sujeto solicita ayuda por causa del problema a sus familiares, amigos o profesionales de la salud, entre otros.

Un tipo de inicio de problema especialmente difícil de identificar es el de las situaciones en las que la persona o no ha procesado en su memoria o no quiere o no puede (cons-

ciente o inconscientemente) recordar. Generalmente son casos con sucesos ocurridos en la infancia o que han generado una situación de amenaza a la integridad personal de tal calibre que han sido “reprimidos” o procesados con dificultad, de tal forma que el acceso actual a esos episodios es complejo. Los mejores ejemplos de este tipo de procesos pueden ser los sucesos traumáticos sexuales sufridos durante la infancia o algunas situaciones de tortura. Con frecuencia las estrategias de entrevista habituales no son suficientes para acceder y reconstruir esos recuerdos, que muchas veces son el origen y la causa de los problemas actuales y necesitan estrategias de evaluación más sofisticadas.

En todos los casos será conveniente llevar a cabo un trabajo de investigación respecto a los sucesos vitales estresantes positivos y negativos a los que la persona estuvo expuesta durante aquella época. La concordancia en el sufrimiento de sucesos vitales estresantes y la aparición de nuevos problemas o cambios en los que venía sufriendo la persona se ha puesto de manifiesto por la investigación sobre sucesos vitales en los últimos años. La sugerencia de algunos autores respecto a la identificación de ciertas tendencias a sufrir determinados tipos de problemas en función del tipo de suceso vital sufrido es uno de los ámbitos más sugerentes en la investigación psicopatológica actual de trastornos como la esquizofrenia, la obsesión-compulsión, el trastorno por estrés posttraumático o la depresión.

C) Curso del problema

Para completar la información relativa al desarrollo de los problemas nos resta, una vez identificado el inicio, dirigir la mirada hacia el curso que ha seguido cada problema desde su origen hasta el momento de la evaluación. Este seguimiento puede aportar una información muy rica respecto al mantenimiento actual del problema, puesto que en muchas ocasiones un análisis detallado de la evolución, además de confirmar un diagnóstico y facilitar una predicción respecto a la evolución futura del problema, supone verdaderos experimentos en cuanto a la modificación de variables independientes. Por ejemplo: el seguimiento de un tratamiento farmacológico supone la manipulación de algunas variables que pueden ser clave en la formulación actual y que posiblemente no se podrán manipular en el momento presente de la evaluación. A la hora de seguir la evolución de un problema determinado, el psicólogo debe centrarse en la investigación de las variables implicadas en los distintos cambios que ha podido sufrir el problema durante su evolución se resumen a continuación los más relevantes en los siguientes puntos:

- Cambios del problema contingentes con sucesos vitales estresantes positivos y negativos (muerte de personas cercanas, nacimiento de hijos, bodas, divorcios, cambio de residencia o de trabajo, vacaciones, etc.).
- Cambios del problema contingentes con cambios en el desarrollo biológico de la persona (paso de la adolescencia a la edad adulta, empeoramiento por el envejecimiento de la persona, etc.).

- Cambios del problema contingentes con cambios en el desarrollo psicológico de la persona (paso de la niñez a la adolescencia, madurez personal, etc.).
- Cambios del problema contingentes con tratamientos de profesionales de la salud.
- Cambios del problema contingentes con cambios fisiológicos importantes (enfermedades, drogodependencias, etc.).
- Períodos de mejorías y recaídas.

Otro aspecto importante que ya se abordó en el capítulo dedicado a las entrevistas diagnósticas es el de establecer las relaciones que han venido ocurriendo entre los distintos problemas que puede sufrir la persona. Las relaciones temporales no implican causalidad, pero pueden ayudar a entender mejor algunos procesos patológicos y, desde luego, resultan de gran utilidad en la formulación final del caso. Cuando una persona sufre episodios de tristeza y de aislamiento total del mundo, conocer si nunca tuvo suficientes habilidades sociales para relacionarse con su entorno y posteriormente comenzó a sufrir episodios de tristeza y aislamiento total o si después de establecer unas relaciones sociales adecuadas comenzó a aislarse y a sufrir los episodios de tristeza puede ser una pieza clave para comprender el estado actual de cosas y, por tanto, para planificar el tratamiento.

Igualmente, como ya se ha ido avanzando anteriormente, el evaluador debe hacer un esfuerzo por combinar los aspectos objetivos del curso de los problemas con los subjetivos. De hecho, para muchos autores serán estos últimos los auténticos responsables del comportamiento actual: *no importa lo vivido, sino cómo se vivió y, aún más, cómo se recuerda*. Sin querer entrar en polémicas entre las distintas perspectivas, debemos admitir que el papel de las atribuciones, las interpretaciones y los significados que una persona otorga a los sucesos vividos reviste una importancia capital en su funcionamiento actual. La construcción que las personas hacemos de nuestra vida nos dota de identidad y nos ayuda a elaborar nuestra visión del mundo, factores que contribuyen de forma básica a dirigir nuestro comportamiento actual y futuro. En la actualidad parece consolidada la evidencia respecto al papel que los distintos tipos de esquemas constructivos y narrativos tienen en algunos trastornos, como los derivados de experiencias traumáticas y la mayoría de los trastornos de personalidad, por ejemplo.

4.3.2. Formas (técnicas) de recoger información sobre el inicio y el curso de los problemas

La información relacionada con el desarrollo de los problemas, como toda la información retrospectiva, no siempre es fácil de conseguir. La situación se complica si se busca información descriptiva de los sucesos y puede complicarse aún más si se pretende investigar sobre hechos con fuerte carga emocional para el informante. Por otro lado, siempre nos va a interesar la versión subjetiva del paciente, incluso en algunas ocasiones más que los propios sucesos ocurridos. Todo ello, como tantas veces, no debe desilusionarnos y hacernos renunciar a este tipo de información, sino, por el contrario, funcionar como aliciente para poner el máximo cuidado y atención en la recogida de este tipo de información biográfica.

Aunque ya se ha adelantado la utilidad de los cuestionarios biográficos para recoger alguna información acerca de la vida del cliente, generalmente este tipo de información es muy básica y con poco contenido funcional. No cabe la menor duda de que la herramienta por excelencia para recuperar la información retrospectiva es la entrevista, que puede realizarse en primera instancia con el propio paciente, pero que tendrá que acompañarse por alguna otra con informantes cualificados para las distintas épocas y los diferentes momentos vitales de la persona (familiares, compañeros de piso, profesores del colegio, compañeros de trabajo, etc.). En todas las ocasiones en las que es importante ayudar a recuperar recuerdos y memorias biográficas, la organización de la información representa un papel clave en el éxito y en la calidad de la información obtenida. La estrategia de la Línea de vida se utiliza para ayudar a los pacientes, y a nosotros mismos, en esta tarea. Aunque no deben menospreciarse las posibilidades de una entrevista bien dirigida, ésta puede complementarse en los casos que presenten dificultades con otras técnicas complementarias que ayuden a facilitar el recuerdo, como las estrategias de sugestión, las técnicas proyectivas, las técnicas narrativas con control emocional (por ejemplo: desensibilización sistemática por movimientos de ojos), las técnicas expresivas y un largo etcétera que en muchas ocasiones puede poner a prueba la imaginación del evaluador para facilitar y controlar este tipo de memorias difíciles. Finalmente, hay que recordar la necesidad de “objetivar”, en el sentido de contrastar distintas fuentes, la información obtenida: los informes de otros profesionales a los que puede haber recurrido el cliente en otras épocas de su vida pueden desempeñar una función interesante en esta búsqueda continua de diferentes fuentes de información (psicólogos del colegio, calificaciones académicas, informes médicos, historiales clínicos, informes judiciales o sociales, etc.).

A) Entrevista

En la pauta de entrevista propuesta se incluye una sección dedicada al análisis del desarrollo. En ella se apuntan algunas preguntas relacionadas con el inicio y el curso de los problemas. Aunque la investigación del desarrollo de los problemas no se agota ni mucho menos en estas pocas posibilidades, preguntas de este tipo o similares pueden resultar interesantes para comenzar el trabajo en esta área.

Un aspecto clave a identificar durante la entrevista será la descripción de la primera ocasión en la que el paciente percibió el problema como tal. En los problemas con inicios bruscos las personas tienden a recordar sin demasiadas dificultades los principales detalles, pero en problemas con inicios más insidiosos la situación es distinta y muchas veces habrá que conformarse con informaciones genéricas respecto a un período de la vida de la persona. Una vez identificada esta primera secuencia o el período en el que comenzó el problema, las preguntas deben dirigirse hacia el contexto vital de la persona en los momentos y en los meses anteriores: sucesos vitales, estilo de vida, problemas económicos o sociales, condiciones médicas, cambios en las circunstancias vitales, etc., que pueden ser indicios de relaciones entre variables que pudieron generar o controlar el problema.

Posteriormente se avanza hacia el momento actual poniendo atención a todos los cambios de intensidad, debidos a cualquier motivo, que puede haber sufrido el problema hasta el momento de la evaluación. Siempre es importante tratar de describir la ocasión más intensa, más grave y alguna de las más leves. Ya se indicó en el análisis de secuencias la utilidad de este tipo de información para la identificación de las variables controladoras de la intensidad y del estado actual en relación con el inicio y el curso del problema.

En el cuadro 4.10 se resumen algunas de las principales estrategias cognitivas de las que se puede hacer uso durante una entrevista para mejorar la calidad del recuerdo de la persona. El psicólogo clínico debe conocer y entrenarse en la utilización de este tipo de habilidades hasta conseguir un dominio que le permita emplearlas en los distintos momentos de una entrevista para facilitar el recuerdo, ya no de la información biográfica, sino de todo tipo de información. No disponemos de espacio suficiente para detenernos en este tipo de habilidades de entrevista, pero los resultados que pueden obtenerse utilizando estrategias cognitivas de esta índole superan con creces los mejores resultados obtenidos por cualquier otra estrategia de mejora del recuerdo (hipnosis, regresiones o cualquier otra). Por ejemplo: durante las décadas de los 80 y 90 del siglo XX, Giselman y Fisher demostraron en un contexto clínico-forense que al utilizar estrategias cognitivas de entrevista los testigos y las víctimas pueden llegar a presentar hasta un 95% más de precisión en el recuerdo de detalles mínimos de las situaciones vividas, como el número de una matrícula de un coche aparcado en el aparcamiento de un centro comercial algunas semanas después de visitado o detalles de la ropa de una persona con la que apenas se cruzó por la calle unos días antes. Los resultados de este tipo de estrategias con fechas anteriores varios meses o años es algo más complejo, especialmente por la dificultad en encontrar evidencias que contrasten el recuerdo de la persona. Obviamente, los casos forenses presentan dificultades que generalmente no afectan a la mayoría de las situaciones clínicas.

Como puede observarse en el cuadro, todas las estrategias giran en torno a diversos procesos: ganar la confianza del cliente, contextualizar los sucesos, utilizar distintas claves perceptivas y sensoriales, organizar (construir) la información de forma narrativa y controlar la carga emocional durante el recuerdo. Este último punto es uno de los más complejos, ya que habitualmente el recuerdo de sucesos muy emotivos mejora en situaciones en las que la persona es capaz de controlar la emoción asociada a la escena recordada; la desensibilización sistemática por movimientos de ojos es uno de los mejores ejemplos de este tipo de facilitación entre la bibliografía reciente sobre el tema. Sin embargo, en algunas ocasiones diversos autores han puesto de manifiesto la utilidad de técnicas más expresivas y que persiguen precisamente lo contrario: provocar una descarga emocional que recupere la información, en muchas ocasiones de forma brusca y explosiva. Nuestra práctica nos ha indicado que, incluso con casos de malos tratos en la infancia y violaciones, las estrategias cognitivas suelen ofrecer muy buenos resultados. Sólo excepcionalmente hemos recurrido a estrategias de hipnosis o expresivas para recuperar alguna información. En estos casos las habilidades de control del terapeuta durante la terapia representan un papel determinante. Nuestra recomendación es que no se utilicen esas herramientas si no se garantiza el entrenamiento específico previo del evaluador en la técnica y en el tipo de problemas que aborde, especialmente en los casos de víctimas graves de violencia física o sexual, testigos o agentes de la misma.

Cuadro 4.10. *Estrategias cognitivas para facilitar la memoria biográfica.*

-
- Eliminar barreras y susceptibilidades respecto al uso de la información y confidencialidad
-
- Asegurar la confianza del paciente en el psicólogo
-
- Poner ejemplos y modelos similares al paciente
-
- Posibilidad de autorrevelaciones del psicólogo en situaciones complejas, no necesariamente similares
-
- Facilitar la situación temporal del suceso respecto a otros sucesos vitales o sociales de importancia (¿cuando tuvo usted a su segundo hijo ya tenía esos problemas?, ¿cuando se celebraron las Olimpiadas en Barcelona ya tenía usted ese problema?)
-
- Estimular la contextualización de cada escena o secuencia (lugar exacto, personas presentes, etc.)
-
- Intentar recordar estímulos clave que ayuden a la recuperación de la información (colores, músicas, olores, etc.)
-
- Seguir un orden temporal en un sentido o en otro (¿qué pasó inmediatamente después? ¿y después? o ¿qué pasó inmediatamente antes? ¿y antes de eso?)
-

B) Línea de vida

El proceso de recuperación de la información biográfica reúne una complejidad y dificultad muy importante para la mayoría de los pacientes. No es raro encontrar personas que no pueden situar fácilmente el orden temporal en el que ocurrieron algunos sucesos en su vida o informar de qué problemas comenzaron antes y cuáles después. Esta dificultad se exacerba si pedimos a las personas que relacionen sus problemas con otros sucesos de su vida que la persona no había relacionado con sus problemas previamente. Para el evaluador es igualmente compleja la organización de toda la información sobre los sucesos de su vida que ofrecen los pacientes.

La técnica de la Línea de vida es una estrategia sencilla que tiene como objetivo principal servir de herramienta para la sistematización de los recuerdos biográficos de la persona. Esta organización facilita la aparición de un esquema narrativo por parte del cliente (y del evaluador) que contextualiza cada uno de los sucesos principales recordados y los pone en relación temporal, sirviendo a la vez de almacén externo de memoria. Todo ello hace que el trabajo realizado durante la elaboración de una Línea de vida sea una herramienta muy eficaz para mejorar la recuperación y ordenación de los sucesos vitales más relevantes en la vida de la persona.

La elaboración de la Línea de vida se lleva a cabo durante la entrevista con el cliente, aunque puede incorporarse información proveniente de entrevistas con informadores, informes u otras fuentes. Es conveniente que el psicólogo explique a la persona lo que pretende hacer en esos momentos, se asegure de la comprensión de las instrucciones básicas y proceda a sistematizar la información. En primer lugar, utilizando una pizarra o un papel suficientemente amplio, el evaluador hará una línea que simboliza el tiempo (inicio en el nacimiento-final en el momento de la entrevista) y explicará al cliente su significado. Posteriormente situará en esa línea los datos y sucesos de los que ya conozca con certeza el momento en el que ocurrieron. Luego comenzará a situar los sucesos de los que no tiene certeza de las fechas, utilizando en esta fase todas las estrategias de mejora del recuerdo a su disposición. Finalmente tratará de situar la ocurrencia o no de otros sucesos que no fueron todavía identificados en la entrevista y que podrían aparecer durante el transcurso de la técnica. Obviamente, la flexibilidad y empatía del entrevistador son de una importancia capital para facilitar la labor, a veces ardua y costosa emocionalmente para el cliente.

En la línea deben situarse al menos los siguientes tipos de sucesos:

- Inicio de cada problema.
- Curso de cada problema: mejorías y recaídas.
- Tratamientos previos.
- Sucesos vitales estresantes positivos y negativos.

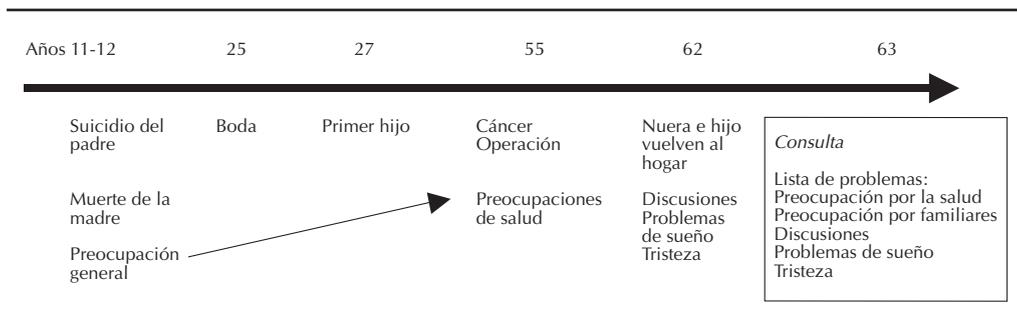
Todo el proceso se realiza buscando el acuerdo de la persona en cada paso y con cada suceso y fecha que se introduce en el esquema. Finalmente se intentará contrastar la información obtenida con otras fuentes que permitan aumentar la calidad de la información obtenida. Si se encontrasen disparidades entre la información facilitada por la persona y alguna otra fuente fácilmente objetivable (por ejemplo, la fecha de una exploración médica que consta en un informe), el psicólogo puede proceder a un contraste de la información con el propio cliente para aclarar los términos o identificar posibles lagunas o amnesias del paciente.

En el cuadro 4.11 se presenta una Línea de vida elaborada mediante una entrevista con una paciente de 63 años que sufría lo que se diagnosticó como un trastorno de ansiedad generalizada. Para confirmar y completar la información de la paciente se utilizó información facilitada por una de sus hijas que convivía con ella y procedente de su historial sanitario.

Como se observa, la paciente presentaba una lista de problemas centrada en las preocupaciones de salud relacionadas con el cáncer que había sufrido años atrás. Durante la entrevista se identificaron otras preocupaciones no relacionadas con su salud, frecuentes discusiones familiares, problemas en los ritmos de sueño y episodios de tristeza y llanto a solas. El análisis del desarrollo organizado en la Línea de vida nos muestra cómo sus dos padres habían muerto a una edad temprana de la paciente y cómo ya había recibido tratamiento en aquella ocasión. Este hecho nos podría situar ante la hipótesis de un proceso rela-

cionado con el estrés postraumático y el duelo, especialmente del suicidio de su padre. Sin embargo, vemos también cómo la paciente disfruta de 43 años sin mayores problemas que una cierta preocupación general sobre distintos aspectos, nunca muy importante pero presente durante períodos amplios de su vida. A los 55 años se le diagnostica un proceso canceroso (intestino grueso) con pronóstico favorable es intervenida y tratada. De nuevo, ésta podría ser una fuente de sus problemas, pero tras siete años sin mayores dificultades, el cáncer parece controlado y sus preocupaciones generales y de salud no pasan del nivel anterior al diagnóstico del tumor. Hace un año su hijo pierde el empleo y él y su esposa (nuera de la paciente) tienen que volver al hogar materno. La aparición de la mayoría de los problemas de la lista coincide temporalmente con este suceso, aunque la paciente se niegue inicialmente a relacionarlos. De hecho, parece que el núcleo central del problema tiene que ver directamente con la nueva situación familiar que ha recuperado antiguas preocupaciones y ha aumentado la frecuencia e intensidad de los pensamientos y de las comprobaciones acerca de su propia salud. La ayuda que esta información aportó a la formulación del caso es obvia y no merece mayor comentario. La facilitación del recuerdo y su organización temporal ayudó a la paciente a comprender mejor sus problemas y a re-construir una narración más adaptativa de su vida integrando sucesos tan graves como la muerte de sus padres, la enfermedad sufrida y la situación actual de convivencia y preocupación por el futuro económico de sus hijos.

Cuadro 4.11. *Ejemplo de Línea de vida de una mujer de 63 años con un trastorno de ansiedad generalizada.*



4.4. Variables de la persona

La complejidad y amplitud que podría llegar a hacer de este apartado el más amplio de todo el texto, dado su nivel de investigación y de práctica clínica, recomienda establecer desde el principio algunos límites al mismo. Por este motivo no se han diferenciado los

apartados dedicados a los aspectos teóricos y prácticos (de evaluación). Se abordan someramente los principales aspectos implicados de forma conjunta y se deriva al lector hacia textos más especializados, tanto para un mayor conocimiento teórico del área como para un entrenamiento en los instrumentos de evaluación más empleados.

Tratar de forma completa y adecuada en un manual de este tipo el papel de las variables personales en el proceso de EPC es algo difícil, por no decir imposible. La investigación psicológica acerca del papel de distintas variables personales en la génesis y el mantenimiento de los distintos problemas psicológicos es inabarcable. Pueden contarse por miles las variables propuestas y las relaciones entre ellas, supuestamente establecidas en la gran cantidad de trabajos de investigación publicados durante el último siglo en esta área. Ni siquiera es fácil presentar un resumen, que necesariamente nos llevaría, por un lado, al análisis de los principales modelos de funcionamiento propuestos desde la Psicología de la personalidad y las disciplinas afines y, por otro, al planteamiento de una de las polémicas más importantes de la Psicología: la del papel del ambiente y de las variables personales en la génesis del comportamiento y, por ende, sus trastornos. El lector debe dirigirse hacia otro tipo de textos y manuales más amplios para encontrar ayuda en la comprensión de un ámbito, por otro lado complejo, de la Psicología. Por mi parte, desde la perspectiva transaccional adoptada a lo largo de todo el texto, me limitaré a hacer un breve comentario acerca de las formas y maneras de integración de este tipo de variables en el proceso de EPC.

En este sentido, debe recordarse, siguiendo criterios metodológicos, la estricta necesidad de disponer de información, obtenida mediante distintos métodos o instrumentos de evaluación, antes de tomar decisiones sobre este tipo de variables. Por ejemplo: la información obtenida en una entrevista tendrá que ser contrastada con la proveniente de un cuestionario e incluso con observaciones de la reacción de la persona ante situaciones clave. Esto significaría, por ejemplo, que en un caso en el que en el transcurso de la entrevista se obtuviera información que pareciera indicar una falta de habilidad social del cliente, esa información debería ser contrastada con al menos uno (preferiblemente más de uno) de los distintos cuestionarios de asertividad y habilidades sociales al uso y con informes de personas que puedan haberle observado en alguna situación social relevante o con ensayos conductuales en la misma consulta antes de emitir juicios al respecto o utilizar esa información en la formulación clínica.

Al abordar el tema de las variables de la persona que se incluyen en el proceso de EPC parece conveniente hacer una primera distinción entre las variables que se encuentran directamente implicadas en los problemas de la persona y aquellas otras que guardan relación con la propia intervención.

4.4.1. *Variables relacionadas con el problema*

Por variables de la persona se entienden las que conforman los sustratos biológicos y psicológicos y que actúan de forma continuada a lo largo de la vida o, al menos, duran-

te períodos prolongados (seis meses como mínimo), establecidas teórica y empíricamente por la investigación actual e identificables por diversos procedimientos y técnicas de evaluación.

Ya se ha dicho que el número de variables que la Psicología y las disciplinas afines han ido identificando a lo largo de su historia se cuentan por millares. Es evidente que ningún proceso de EPC, por muy completo que se quiera hacer, puede nunca incluir siquiera una pequeña parte de las mismas; entonces, ¿cómo se eligen las que deben incluirse en cada caso? Los trabajos de investigación empírica al respecto nos plantean una realidad ciertamente triste para los evaluadores: que las variables seleccionadas en cada ocasión dependen más del enfoque teórico del evaluador que de cualquier otro factor, como el tipo de problema, por ejemplo. Teniendo en cuenta esa realidad, debe entenderse que el psicólogo tendrá que poner un exquisito cuidado a la hora de decidir qué variables estudiar en cada caso. Algunos criterios que pueden resultar útiles son los siguientes:

- Considerar la evidencia empírica y la solidez teórica de los modelos que sustentan cada variable.
- Buscar los estudios que establezcan la relación de cada variable concreta con el problema específico de cada persona.
- Preferir variables para las que se disponga de instrumentos de medida con altos criterios de calidad.
- Incluir siempre la información obtenida en el proceso de EPC, necesariamente más amplio y con mayores garantías de calidad.

Un último punto que debe tenerse en cuenta, aunque no se pueda considerar un criterio, es el sesgo existente en toda la Psicología clínica hacia las variables y los factores negativos o patológicos, olvidando en la mayoría de los casos los aspectos positivos, de protección, que presentan las personas. En los últimos años el esfuerzo de Martin E. P. Seligman por la investigación, difusión y aplicación de este tipo de variables y factores ha producido un brusco cambio en la investigación y en la práctica psicológica. Estos aspectos se hacen especialmente sensibles al hablar del grupo de variables de la persona que se relacionan con el problema. No sólo debe pensarse en la relación negativa, sino también en la positiva o protectora, si la hay. Para nuestra desesperación como evaluadores, este grupo de variables añade algunos cientos más a los miles de las que hablamos anteriormente.

Solamente como esquema recordatorio, en el cuadro 4.12 se presentan algunos de los principales grupos de variables de la persona que tienden a mostrar relaciones, positivas o negativas, con los problemas más frecuentes de la práctica clínica. Igualmente, se incluyen en el cuadro algunas de las principales técnicas empleadas para evaluar este tipo de variables.

Un caso especial, dentro de todo el conjunto de variables de la persona relacionadas con los trastornos, lo configuran, tanto por su relevancia teórica como por su cada vez mayor importancia en la clínica cotidiana, los denominados esquemas cognitivos.

Cuadro 4.12. Principales variables de la persona relacionadas con los problemas y las técnicas de evaluación.

Grupo de variables	Ejemplos de variables	Técnicas de evaluación
Sociodemográficas y psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Grupo étnico • Estudios • Profesión • Trabajo actual • Nivel socioeconómico • Alojamiento • Acceso a servicios médicos y sociales • Nivel de integración social 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Informes sociales • Historial médico y psicológico • Cuestionarios biográficos
Del desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar en la estructura familiar • Factores del embarazo y perinatales • Primera infancia • Infancia • Adolescencia • Crisis personales y familiares • Abandono y malos tratos • Momentos de aparición de los problemas en relación con estados evolutivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Entrevista a familiares • Cuestionarios biográficos • Genograma • Informes médicos, educativos y psicológicos • Informes periciales • Técnicas específicas
Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente intelectual • Autoestima • Autoeficacia • Esquemas cognitivos • Atribuciones • Estilos cognitivos • Variables de estructuras y procesos cognitivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Cuestionarios específicos • Tests cognitivos y de inteligencia • Tests objetivos para procesos cognitivos
Psicofisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Patrones psicofisiológicos de respuesta al estrés • Respuestas alteradas • Principales índices psicofisiológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Registros psicofisiológicos en la sesión y en ambientes naturales • Analítica en saliva, sangre y orina
Emocionales y del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión • Ira • Indefensión • Desesperanza • Optimismo • Esquemas narrativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Cuestionarios específicos • Técnicas de escritura y expresivas

(.../...)

Cuadro 4.12. (continuación)

Grupo de variables	Ejemplos de variables	Técnicas de evaluación
Biológicas-médicas	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia de sustancias • Variables biológicas que afectan al comportamiento • Enfermedades médicas que afectan al comportamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Pruebas médicas • Pruebas bioquímicas
De personalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Variables incluidas en los principales modelos de personalidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Tests de personalidad
De afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Estilos de afrontamiento • Tipo A • Tipo C 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios específicos • Entrevistas específicas

La evidencia clínica y de investigación parece haber puesto de manifiesto en los últimos años cómo algunos esquemas que dirigen el funcionamiento cognitivo desempeñan un papel esencial en la génesis y el mantenimiento de diversos problemas, especialmente de los relacionados con los trastornos de personalidad (Millon, 1997; Linehan, 1993). Un balance entre pensamientos optimistas y pesimistas favorable a estos últimos, atribuciones distorsionadas, baja autoeficacia, pobre establecimiento de vínculos afectivos, visiones del mundo y de la vida desadaptativas, esquemas narrativos emocionales, etc., parece tener un peso específico muy importante en la aparición de distintos tipos de problemas, que son muy complejos por su fácil generalización a todos los ámbitos de actividad de la persona, por su papel central en la propia estructura de la personalidad y de la identidad personal, por su aprendizaje insidioso y desde la primera infancia, por su funcionamiento *inconsciente*, por su falta de percepción por parte de la persona y, en definitiva, por su enorme dificultad de evaluación.

Por tanto, los esquemas cognitivos deben recibir más atención por parte de la EPC, tanto en la investigación como en la práctica habitual. La exploración de los esquemas educativos, el aprendizaje de los vínculos afectivos, el establecimiento de metas personales de formas de valoración propia y de los demás y los esquemas narrativos de nuestras propias vivencias, entre otras variables, deben incluirse en los esquemas de entrevista, sobre todo en los casos más complejos. Igualmente, el evaluador tendrá que conocer y utilizar dentro del proceso de EPC las pruebas, aunque incipientes, diseñadas para la evaluación de esta clase de variables y de este tipo de trastornos. En esta misma colección se ha dedicado un volumen a la evaluación y al tratamiento de los trastornos de personalidad en el que Amparo Belloch y Héctor Fernández Álvarez hacen un excelente acercamiento práctico y teórico al tema [Belloch, A. y Fernández Álvarez, H. (2001): *Trastornos de personalidad*. Madrid: Síntesis].

4.4.2. Variables relacionadas con la intervención

Un segundo conjunto de variables de la persona que reviste gran interés durante el proceso de EPC se refiere a las agrupadas en torno a la propia intervención. Se trata de variables que pueden o no estar relacionadas con el problema, pero que pueden llegar a tener un alto valor en el desarrollo del tratamiento. Pueden identificarse tres grupos importantes de variables de este tipo:

- *Variables requeridas por las técnicas de tratamiento.* La mayoría de las técnicas de terapia de conducta e intervención psicológica indican en sus protocolos y manuales de aplicación algunas variables que es preciso medir para poder proceder a la aplicación óptima de la técnica. Por ejemplo: Wolpe ha señalado la necesidad de que las personas puedan crear y mantener imágenes mentales realistas para poder aplicar adecuadamente una desensibilización sistemática en imaginación. La evaluación de la habilidad para crear ese tipo de imágenes se lleva a cabo durante el propio protocolo de aplicación de esta técnica propuesto por dicho autor. Como se observa, esta variable no tiene por qué mantener ninguna relación funcional con el origen o el mantenimiento del problema y, sin embargo, puede incluirse entre las variables de la persona a evaluar en el proceso global de EPC.
- *Variables predictoras del cambio.* Entre las variables de la persona que pueden añadir información al proceso de EPC se encuentran las que permiten realizar predicciones acerca de la facilidad o dificultad para el cambio sin estar necesariamente implicadas en los problemas de la persona. Se denominan variables predictoras del cambio y se han identificado distintos índices para los trastornos más importantes (apoyo social, tratamientos previos, nivel de creencia en las ideas disfuncionales, etcétera). El psicólogo debe conocer este tipo de índices identificados y desarrollados por la investigación clínica. De forma más general se han identificado variables que predicen el cambio y su mantenimiento de modo más global. Se trata de variables que parecen extender sus efectos a la mayoría de las situaciones clínicas y que, de nuevo, pueden o no estar relacionadas funcionalmente con el núcleo de los problemas. Entre ellas pueden destacarse el apoyo social percibido, las relacionadas con los recursos (posibilidades y competencia) de las personas, la motivación al cambio, las relacionadas con el autocontrol y las expectativas. Este tipo de variables será muy útil para el diseño del tratamiento y clave para la inclusión de un pronóstico en la formulación del caso.
- *Variables relacionadas con la medida del cambio.* Son variables de la persona sensibles a los cambios producidos por las intervenciones psicológicas. Más adelante se dedica un capítulo completo a la medida del cambio en psicoterapia, por lo que no se va a insistir ahora sobre este tipo de variables. Baste con adelantar la necesidad de considerar variables próximas y lejanas en la medida del cambio. Entre las primeras deben destacarse las relacionadas o con las técnicas o con los objetivos de la intervención y entre las segundas las variables globales de resultados que deben cubrir distintos domi-

nios de la actividad de la persona. Síntomas, salud general, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y satisfacción con la intervención pueden ser buenos ejemplos de este tipo de dominios y variables.

4.5. Variables del contexto

Por último, la recogida de información descriptiva del proceso de EPC no estaría completa sin la información proveniente de los contextos ambientales relacionados con la aparición, el curso y el estado actual de los problemas. La polémica “persona-ambiente” ha sido una de las más importantes y prolongadas de la Psicología. Todavía en la actualidad existe por un lado, *bunkers* ambientalistas que defienden la causalidad ambiental como principal fuente del comportamiento humano y, por otro, grupos de presión muy potentes que insisten en las variables internas (generalmente hereditarias) como única explicación del quehacer humano. Afortunadamente, desde la década de los 70 del siglo XX las posiciones intermedias y conciliadoras han ganado peso, hasta el punto de consolidar la idea de que cualquier modelo explicativo del comportamiento humano que pretenda ser tomado en serio debe incluir aspectos personales (hereditarios o no) o ambientales y, lo que es más importante, especificar los efectos de la interacción entre ambos. A mediados de la década de los 70 los modelos que se denominaron interactivos parecían destinados a constituir la base explicativa del comportamiento humano. Sin embargo, el desarrollo y la influencia de este tipo de modelos no ha avanzado tanto como se esperaba. La investigación sobre los factores ambientales y contextuales que inciden en los problemas psicológicos no se puede comparar, ni en cantidad ni en calidad de los resultados, a la interesada en los factores personales. A pesar de la insistencia de la mayoría de los autores en la necesidad de desarrollar y proponer modelos biopsicosociales para explicar los problemas y trastornos psicológicos, la investigación biológica ha avanzado enormemente y la psicológica otro tanto, pero la social ha quedado algo desbancada a pesar de algunos esfuerzos muy notables realizados en los últimos años desde ámbitos como el social, el comunitario o el transcultural en la Psicología. La investigación sobre los procesos interactivos es aún más deficiente. Si bien se han iniciado líneas de trabajo muy potentes para relacionar los factores biológicos y psicológicos, son muchas menos las que incluyen los factores y situaciones sociales o ambientales.

En la EPC este hecho se hace notar muy claramente al comparar los instrumentos de evaluación desarrollados para medir variables relacionadas con la persona con aquellos otros que miden variables ambientales: mientras que los primeros se cuentan por miles, los segundos apenas llegan a unas docenas. Los que miden o incluyen las interacciones están por aparecer.

Nuestro empeño a lo largo de este texto consiste en defender un enfoque metodológico que incluya variables biológicas, psicológicas y sociales y que persiga una perspectiva transaccional persona-ambiente en sus planteamientos. De este modo, el papel que los sucesos ambientales y sociales, en interacción con las variables personales y de comportamien-

to, puede desempeñar en la génesis y el mantenimiento de los problemas y, por tanto, los instrumentos desarrollados para su evaluación, resulta del máximo interés para completar el proceso de EPC.

Para facilitar la exposición de los factores provenientes del ambiente que ejercen su influencia en los problemas psicológicos en sentido negativo o positivo se han dividido en tres bloques: condiciones físicas del ambiente, condiciones sociales y *sucesos vitales estresantes*, que por su importancia he separado de los dos bloques anteriores. Como en el caso de las variables personales, aunque por motivos diametralmente opuestos que ya conoce el lector, se ha preferido abordar los aspectos más teóricos y aquellos más prácticos de forma conjunta.

4.5.1. Condiciones físicas

Un primer bloque de variables sometidas a estudio para identificar sus efectos sobre el comportamiento humano y, específicamente, sobre los problemas y trastornos psicológicos es el relacionado con las condiciones físicas ambientales. Aunque la investigación es reciente, la Psicología ambiental se ha encargado de ir identificando y estableciendo relaciones entre algunos sucesos ambientales y algunos problemas psicológicos. Este tipo de variables pueden representar un papel durante el inicio del problema o durante su aparición actual o en ambos casos. Aunque la mayor parte de la investigación sobre las relaciones que este tipo de variables mantiene con la salud mental proviene de estudios epidemiológicos, en algunos casos existe una notable investigación básica. De modo paralelo y complementario, la ergonomía ha ido facilitando información al respecto, sobre todo la relacionada con las condiciones laborales que afectan a la salud y a la seguridad. Un ejemplo puede provenir de la investigación sobre el “ruido”. Se han llevado a cabo estudios epidemiológicos que han identificado cómo las personas que viven expuestas a sonidos fuertes y continuados, por ejemplo las que viven cerca de un aeropuerto, tienden a sufrir más problemas de salud mental especialmente relacionados con trastornos del sueño, ira y estrés. La investigación básica ha identificado los niveles de decibelios que parecen afectar, de forma incondicionada, a los seres humanos y cómo este tipo de estímulos puede provocar fácilmente condicionamientos aversivos, a la vez que afecta a la capacidad de procesamiento de la información. Los trabajos en ergonomía tratan de identificar los niveles de ruido que una persona puede soportar en su puesto de trabajo y cómo influyen en el rendimiento, el bienestar de los trabajadores y el mayor o menor número de accidentes y enfermedades laborales.

A continuación se recogen algunas de las principales condiciones físicas sometidas a estudio indicando en cada caso el tipo de problemas con el que se las ha relacionado.

Un primer campo de estudio, que afecta a todos los demás ámbitos, es el de la investigación sobre la identificación de las principales variables físicas que parecen influir en el comportamiento humano. En esta línea de trabajo se ha señalado el ruido, la luz, el ambiente atmosférico y la temperatura como fuentes de la influencia medioambiental en la salud

mental. Este tipo de variables no aparecen aisladas, sino que se configuran en contextos que adquieren significado y valor emocional para las personas que viven en ellos. Los contextos más importantes son los relacionados con el clima natural y los factores asociados al alojamiento, al ambiente laboral y al ocio. En los cuatro casos la investigación ha puesto de manifiesto variables clave que parecen influir en la aparición y el mantenimiento de los problemas psicológicos. Por su parte, una vez que se consideran este tipo de variables durante el proceso de EPC, su evaluación resulta generalmente sencilla. En la mayoría de las ocasiones los informes del cliente o de otras personas presentes durante la estimulación (ruido, luz, etc.) pueden ser suficientes. En todo caso, existen instrumentos de medida del ruido (en decibelios), iluminación (luxes), temperatura (grados) y contaminantes atmosféricos (CO₂ y otros agentes) fáciles de aplicar.

En el caso del clima, existe un fuerte cuerpo de investigación que señala la evidencia de un cierto determinismo geográfico en el comportamiento humano, al fin y al cabo adaptativo a cada ambiente. Se han analizado variables como el calor, el frío, el viento, la presión atmosférica y hasta los ciclos lunares. Son bien conocidos los ciclos estacionales de algunos tipos de procesos depresivos, la influencia de la luz en el estado de ánimo, la relación curvilínea encontrada entre temperatura y violencia o los indicios acerca del malestar psicológico que provoca la exposición continuada a vientos fuertes.

En el ámbito de la residencia y el alojamiento se ha establecido claramente la importancia para la seguridad, salud e identidad personal de contar con un hogar propio donde residir que nos permita resguardarnos del clima exterior, guardar nuestras pertenencias más personales, recibir a nuestros amigos, convivir con nuestros familiares, recuperarnos de enfermedades, etc. En la misma línea, el ambiente del barrio o de la ciudad de residencia tiene un papel relevante en nuestra salud mental; la seguridad ciudadana, el hacinamiento en la vivienda, la alta densidad de población en el barrio o las relaciones con los vecinos pueden ser variables clave en el curso de algunos problemas. Por ejemplo: los comportamientos violentos parecen tener una relación importante con este tipo de variables. En los Estados Unidos la mayoría de los muertos por armas de fuego lo son por disparos de sus familiares o vecinos. En España todos recordamos algunos sucesos violentos debidos a riñas entre vecinos. Los análisis rural-urbano han abonado todo un ámbito de investigación que ha puesto de manifiesto en salud mental cómo los ambientes empobrecidos social y culturalmente, el excesivo aislamiento y las redes sociales demasiado escasas también pueden provocar problemas de salud mental. Oscar Wilde ya hablaba de lo que “se denominaba depresión agrícola” y los estudios ECA han indicado la mayor prevalencia de algunos trastornos en los ámbitos rurales frente a los urbanos. Aunque el acceso a los servicios sociales y de salud puede desempeñar una función moduladora muy importante en esta relación, no debe despreciarse. Un campo aparte lo configuran los trabajos relacionados con el diseño de los ambientes residenciales para enfermos mentales de distinta índole, donde los avances de la investigación no siempre se han visto reflejados en su aplicación en hospitales y residencias. Afortunadamente, cada vez más los técnicos responsables del diseño de este tipo de centros toman en cuenta las recomendaciones de los profesionales de la salud. En general puede decirse que los ambientes estimuladamente enriquecidos, hogareños, que preservan la inti-

midad y favorecen la aparición de relaciones sociales pueden beneficiar a la mayoría de las poblaciones usuarias, como los enfermos mentales crónicos, las personas con retraso mental, los ancianos, etc.

En el ámbito del trabajo las investigaciones ergonómicas y de salud laboral han avanzado de forma espectacular en los últimos años. Aunque los factores políticos y económicos hacen muy difícil que los trastornos de salud mental se consideren como enfermedades laborales, parecen establecidas de forma clara algunas relaciones entre variables presentes en el ambiente laboral y el malestar psicológico. Los excesos de ruido, el hacinamiento, el horario sin descanso, algunos tipos de iluminación, como la fluorescente o el clima social de la empresa (que se aborda más abajo) pueden determinar la aparición y el mantenimiento de algunos problemas relacionados con la violencia, el estrés o el estado de ánimo.

En general, los ambientes de ocio se han investigado menos, especialmente en su relación con la salud mental. Puede encontrarse una excepción en los trabajos del grupo de Kaplan respecto a los denominados ambientes restauradores (Kaplan, Bardwell y Slakter, 1993). Los autores identifican cuatro factores considerados importantes para que un determinado ambiente proporcione una experiencia restauradora a la persona:

- Estar ausente o en un ambiente diferente del habitual.
- Ofrecer un patrón de estimulación que se extienda en el espacio y en el tiempo y que sea percibido como un ambiente en el que se puede entrar y pasar un cierto tiempo.
- Fascinación o la cualidad de un ambiente que uno puede encontrar intrínsecamente interesante y atractivo.
- Compatibilidad o el grado en el que el ambiente puede servir para los propósitos establecidos por la persona.

A la vez, los avances de los últimos años parecen indicar cómo existen ambientes de ocio que fomentan la aparición de redes sociales de apoyo, mientras que otros parecen provocar el aislamiento de la persona. Los ambientes que incluyen espacios naturales (como jardines, parques en las ciudades o parques naturales) y favorecen el contacto con otras personas al favorecer actividades conjuntas (deportes de equipo, juegos, actividades en común, etc.) pueden funcionar como factores ambientales de protección frente a algunos trastornos.

La evaluación de este tipo de variables tiene dos vertientes: la objetiva, que incluye planos de la vivienda, informes demográficos y policiales de los barrios, medidas objetivas de las distintas variables, metros cuadrados de la vivienda, equipamiento y servicios de los barrios, empresas o lugares de ocio, informes meteorológicos y un largo etcétera acomodado en cada caso a los tipos de variables relevantes; y la subjetiva, que se centra en las representaciones cognitivas y en las valoraciones emocionales que las personas hacemos de este tipo de variables. Medidas de satisfacción residencial, mapas cognitivos y distintas estrategias para la valoración emocional de ambientes constituyen los instrumen-

tos más frecuentemente utilizados. En cualquier caso, y considerando el contexto clínico en el que nos movemos, en la mayoría de las ocasiones su inclusión en la entrevista ofrece unos resultados suficientes para dilucidar el papel que puede estar teniendo este tipo de variables en los problemas del cliente.

4.5.2. Condiciones sociales

La obligación de buscar en todo momento explicaciones que integren aspectos biológicos, psicológicos y sociales nos obliga a tener siempre presentes durante el proceso de EPC las variables y los factores relacionados con el contexto social y cultural en el que se desarrollan los problemas del cliente. Algo que resulta tan obvio en los planteamientos teóricos no lo ha sido, ni mucho menos, en los acercamientos clínicos. De hecho, hasta muy recientemente se han olvidado los factores sociales y culturales en los modelos clínicos.

Haciendo un esfuerzo por simplificar este tema, pueden identificarse dos grupos de variables relevantes: uno que podríamos denominar microsocio y otro macrosocio o cultural.

Al centrarnos en el contexto social próximo de la persona, encontramos una fuerte investigación por parte de la Psicología social. Aspectos como el espacio interpersonal, las relaciones en pareja, el funcionamiento de los pequeños grupos y, en definitiva, todos los aspectos psicosociales conforman campos de investigación bien establecidos pero que, inexplicablemente, no han tenido un reflejo en la práctica clínica tan importante como cabría esperar. Los ámbitos de la Psicología clínica comunitaria y la Psiquiatría social están rellenando este hueco y estableciendo los puentes entre los conocimientos clínicos y los sociales.

Sin ninguna duda, los pequeños grupos de pertenencia y de referencia de cada persona son elementos que actúan como pivotes en la articulación de las relaciones sociales. La familia, el grupo de convivencia, los amigos cercanos y los compañeros de trabajo desempeñan un papel muy importante en el comportamiento y en los problemas de la persona. Ya se ha visto cómo la EPC incluye, incluso como participantes, a estos grupos en el proceso de evaluación. La consideración de las normas y de los roles sociales establecidos en cada uno de esos grupos y en la identificación y en su ejecución por parte de nuestro cliente es uno de los aspectos a incluir en la EPC. Posiblemente el mejor ejemplo de la integración de este tipo de variables y de análisis en el proceso de intervención clínica sea el ofrecido por Mirna Weissman y Gerald Klerman con el desarrollo a partir de la década de los 80 de las terapias interpersonales para la depresión y todo un arsenal de instrumentos de evaluación ajustados a su aplicación.

En este nivel de análisis, el apoyo social y el clima social aparecen como las dos variables que con mayor frecuencia se han relacionado con la salud mental y con los problemas psicológicos. En el primer caso se ha acumulado una evidencia suficiente para señalar el papel modulador que el apoyo social, su falta o la percepción personal de ese apoyo

tienen en una parte importante de los problemas relacionados con la salud (Sarason, Sarason y Pierce, 1990). Muchos autores clínicos y sociales sitúan el funcionamiento adecuado de las redes de apoyo social y una percepción optimista por parte de la persona de ese apoyo como uno de los factores protectores de mayor importancia para los trastornos psicológicos.

Para la evaluación del apoyo social recibido y percibido se han desarrollado distintos instrumentos de medida, entre los que cabe destacar los diseñados por el grupo de Sarason, como el Cuestionario de Apoyo Social (SSQ) propuesto por Sarason, Levine y Bashman en 1983. También se ha propuesto la utilización de rejillas de apoyo social. En el material para el terapeuta se incluye un ejemplo de una de estas rejillas. En la mayoría de los casos el evaluador no debe despreciar la información relacionada con el apoyo social y su percepción, que puede obtenerse en una entrevista correctamente dirigida. Preguntas que inciden en la descripción de la ayuda recibida de otras personas hasta el momento y de la que el cliente podría esperar recibir de otras personas pueden ayudar a iniciar la exploración de esta área.

En el segundo caso, el del clima social, el grupo de R. H. Moos desde el Laboratorio de Ecología Social de la Universidad de Stanford ha desarrollado a partir de la década de los 80 todo un ámbito de investigación que ha puesto de manifiesto cómo las relaciones humanas que se establecen en los distintos ambientes, laborales, de ocio, familiares, etc., tienen un papel que puede llegar a resultar importante en la aparición y el mantenimiento de algunos problemas psicológicos. El mismo grupo se ha encargado de diseñar instrumentos de evaluación para este tipo de variables, como el FES (Escala de Clima Social en la Familia, Moos *et al.*, 1984), sin duda entre los más empleados.

Desde hace algunos años distintos grupos de presión y asociaciones han defendido la necesidad de considerar los aspectos culturales en las clasificaciones diagnósticas y en los procesos de evaluación e intervención psicológica. Hay que reconocer que, aunque se han hecho verdaderos esfuerzos para facilitar una óptica clínica sensible a las particularidades culturales y sociales de las minorías, de los distintos países, de los grupos étnicos, etc., los resultados son todavía muy pobres. Por ejemplo: en España no tenemos noticia de estudios que consideren la posibilidad de adaptar los instrumentos de evaluación a minorías étnicas tales como los gitanos, que exploren las particularidades de los procesos narrativos de los inmigrantes con distintas identidades culturales o que adapten las terapias interpersonales para la depresión a las parejas homosexuales, entre otros muchos temas de interés.

Frente a este desconocimiento, se sitúa la evidencia de que los factores sociales próximos y los más amplios, de carácter cultural, pueden llegar a ser determinantes en la génesis y el mantenimiento de distintos problemas psicológicos. La contextualización social y cultural de la persona y sus problemas es un factor clave para determinar la importancia de un problema concreto y para la comprensión global del caso. Entre otras variables, baste citar cómo las relaciones familiares no pueden analizarse sin tener en cuenta el contexto cultural y religioso en el que se desarrollan. Los roles de cada miembro de la unidad familiar son distintos en cada cultura.

En nuestro país podemos encontrar estructuras familiares amplias, nucleares, monoparentales, islámicas, gitanas, etc. Sin querer entrar en vericuetos legales, en el marco clínico las relaciones sexuales entre varones adultos y mujeres de 15 o 16 años no pueden considerarse igual en las comunidades gitanas que en las no gitanas de nuestro país: en el primer caso probablemente hablamos de relaciones dentro del matrimonio, mientras que en el segundo casi siempre nos referiremos a situaciones de abuso de menores.

Aun desde otro punto de vista, los procesos de aculturación a los que se ven expuestas las personas que desarrollan su vida en un contexto cultural distinto a aquel en el que fueron educadas se han identificado como una de las fuentes de estrés más importantes en este grupo de población (Berry *et al.*, 1992). La adaptación a la cultura de acogida, incluso cuando esa acogida sea favorable, resulta en un proceso en el cual la persona cambia de idioma, de normas culturales básicas, de esquemas de relación entre personas, etc., a la vez que generalmente desconoce el medio físico en el que vive. Desgraciadamente, en muchos casos esta integración se ve dificultada por las presiones sociales, tanto de los grupos de acogida como de los demás miembros del grupo de origen que conviven en los países o en las ciudades en los que se integran.

Recientemente se ha centrado la atención en el estudio de los espacios de intersección entre los factores sociales que afectan a la persona, por un lado, y la salud mental, por otro. Los procesos de exclusión social, con dimensiones socioeconómicas y personales, pueden llegar a convertirse en la mayor amenaza para el tratamiento y la recuperación de las personas que sufren algunos grupos de trastornos o pertenecen a algunos grupos de población. Por ejemplo: la falta de acceso a los servicios clínicos, por una parte, de algunas poblaciones inmigrantes y, por otra, de las personas con enfermedad mental crónica está bien documentada en todos los países europeos y supone uno de los mayores desafíos actuales que tiene ante sí la Psicología clínica. En otro lugar hemos tratado de forma más extensa las relaciones existentes entre los procesos de exclusión social y la salud mental (Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1999).

Ya se ha adelantado que las adaptaciones de los instrumentos de evaluación a las distintas necesidades de los grupos de población son una labor pendiente. En la mayoría de las ocasiones, el psicólogo tendrá que agudizar su ingenio para salvar las dificultades que este tipo de variables pueden añadir a un proceso de EPC. El conocimiento de los grupos y de las normas culturales más frecuentes entre la población con la que trabaje cada psicólogo es un requisito imprescindible para asegurar la óptima integración de estas variables en el proceso de evaluación. El propio DSM-IV-TR incluye una serie de recomendaciones específicas para el caso de trabajar con personas provenientes de otros marcos culturales. A continuación se recogen los aspectos más relevantes de esas recomendaciones:

- La identificación, el conocimiento y el respeto a la identidad cultural del paciente pueden hacernos entender mejor la configuración personal y situacional en la que aparecen los problemas y, por tanto, dotarlos de significado en el proceso de evaluación.

- El evaluador debe conocer las posibles explicaciones existentes en la cultura del paciente para dar cuenta del trastorno o de los problemas que le aquejan. Asumir que todos los trastornos pueden ser interpretados por todos los grupos culturales de la misma forma que lo hace el evaluador supone uno de los mayores errores etnocéntricos que se pueden cometer en un proceso clínico.
- El clínico habrá de considerar también los factores culturales que afectan al contexto y al funcionamiento de la persona. Cada grupo cultural puede tener distintos patrones de funcionamiento y diferentes roles asignados a sus integrantes en las diversas situaciones sociales. Así, el papel de la mujer y la tentación etnocéntrica occidental pueden suponer un problema insalvable en la intervención clínica con familias musulmanas u orientales.
- Los factores culturales pueden afectar del mismo modo al establecimiento de la relación entre el terapeuta y el cliente. En cada grupo cultural es posible que existan distintos patrones y papeles para definir la relación terapéutica, de manera que su conocimiento puede ayudar al clínico en su labor de forma determinante.

4.5.3. *Sucesos vitales estresantes*

Los sucesos vitales estresantes se refieren a situaciones a las que las personas nos podemos ver expuestas a lo largo de nuestra vida y que pueden llegar a tener la suficiente intensidad como para provocar cambios o reacciones a las mismas. Las listas de sucesos vitales estresantes incluyen situaciones como la muerte de familiares, un divorcio y un cambio de residencia o de trabajo, entre otros. De acuerdo con la investigación, que ha identificado distintos tipos de sucesos vitales estresantes relacionados con la salud, se han propuesto distintas listas de dichos sucesos organizadas en torno a dos ejes básicos: “negativos-positivos” y “excepcionales-cotidianos”. Probablemente el trabajo más exhaustivo realizado en este ámbito sea el desarrollado por Holmes y Rahe (1967), quienes vienen trabajando en esta área desde la década de los 60. Estos autores propusieron una clasificación de los sucesos vitales negativos y positivos que pueden ocurrir con carácter excepcional en la vida de una persona graduada según el impacto que producen en el bienestar psicológico y físico. La escala ha sido adaptada al español por González de Rivera y Morera en 1983. En el cuadro 4.13 se recogen los sucesos con un impacto mayor a 60 sobre 100 encontrados por dichos autores en muestras españolas.

La herramienta principal de recogida de información sobre este tipo de sucesos siempre será la entrevista. Sin embargo, existe un número elevado de instrumentos más sistemáticos que, generalmente bajo la forma de listas de sucesos, pretenden servir de ayuda a su identificación e impacto. Por la importancia que este tipo de sucesos tiene en los modelos psicopatológicos actuales, en el material para el terapeuta se incluyen dos de estos instrumentos propuestos por Kanner para evaluar sucesos cotidianos desagradables y agradables.

Cuadro 4.13. *Lista de sucesos vitales estresantes más importantes y su impacto en muestras españolas [tomado de González de Rivera y Morera (1983)].*

Impacto	Suceso
90-100	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del cónyuge
80-90	<ul style="list-style-type: none"> • Quedarse sin trabajo • Despido • Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento • Repentino y serio deterioro de la audición o la visión
70-80	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto no provocado • Dificultades en la educación de los hijos • Muerte de un familiar cercano • Separación de los padres (cuando se convive con ellos) • Problemas relacionados con el alcohol o las drogas • Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico
60-70	<ul style="list-style-type: none"> • Matrimonio • Reconciliación • Embarazo deseado o no • Dificultades sexuales • Enfermedad o mejoría de un familiar cercano (convivencia) • Hijos lejos del hogar • Préstamo o hipoteca importante • Reducción importante de ingresos (-25%) • Enfermedad o accidente que requiere guardar cama • Muerte de un amigo

En la línea de integrar lo mejor posible los sucesos vitales estresantes en los modelos de origen y mantenimiento de los trastornos psicológicos, vale la pena recordar cómo, en la revisión más reciente de su teoría transaccional del estrés, Richard Lazarus (1999) desarrolla un modelo en el que las situaciones son inseparables de las interpretaciones que la persona hace de ellas. El modelo se amplía hacia la inclusión de las interpretaciones personales de las transacciones en forma de construcciones narrativas que la persona hace de su realidad. De este modo, Lazarus se acerca al modelo constructivo-narrativo señalando cómo las personas construimos nuestras emociones sobre narrativas de las transacciones que vivimos, es decir, en cuanto a los sucesos vitales estresantes se refiere, Lazarus nos advierte de la necesidad de contemplar, junto a la situación real, la interpretación personal y la transacción que ocurre entre ambas mientras dura la situación, pero nos anima a ir un paso más allá y considerar igualmente la interpretación posterior y la integración en su biografía a través de la memoria narrativa que la persona realiza. De esta forma, más que de sucesos vitales tendríamos que hablar

de narrativas emocionales. Lazarus define este tipo de narrativas como “un dibujo o guión dramático que describe el inicio de la emoción y su contexto actual y pasado, lo cual ayuda a definir cómo se inicia la acción o la falta de acción, deseada o provocada, cómo progresa y cómo finaliza. El drama comienza con la acción que lo provoca y se desarrolla a través de una transacción continua, normalmente interpersonal” (Lazarus, 1999, p. 205).

Cuadro 4.14. *Prototipos de narrativas emocionales (Lazarus, 1999).*

<i>Antipáticas</i>	<i>Envidia y celos</i>	<i>Existenciales</i>	<i>Provocadas por condiciones de vida desfavorables</i>	<i>Emociones empáticas</i>	<i>Provocadas por condiciones de vida favorables</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Ira: - Inhibida - “Justificada” - Mal humor - Hostilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Envidia • Celos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad-miedo • Culpa • Vergüenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Alivio • Esperanza • Tristeza-depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Gratitud • Compasión 	<ul style="list-style-type: none"> • Felicidad-alegría • Orgullo • Amor

Este tipo de trabajos debe hacernos reflexionar sobre la conveniencia o no de seguir diferenciando entre variables personales y ambientales en el proceso de EPC. Parece que la perspectiva transaccional está comenzando a ofrecer sus primeros frutos, ya maduros para la aplicación clínica. Sin duda, éste es uno de los ejes de actividad que configurarán el quehacer de la evaluación clínica durante los próximos años.

Resumen

El método científico exige disponer de buenas descripciones para poder interpretar, mediante hipótesis contrastables, la realidad que tratamos de aprehender.

I. Identificación de problemas

Problema

Es la transacción individuo-ambiente que provoca malestar; entorpece sus actividades habituales o perjudica la salud de la persona. Debe mantenerse en un término medio de complejidad que faci-

te la descomposición en segmentos con significado en sí mismos del comportamiento global de la persona.

Los criterios diagnósticos se asemejan mucho al nivel adecuado de definición de un problema en sus sentidos de utilidad y significado clínico. Puede resultar muy útil en la identificación inicial de problemas conocer a fondo los criterios diagnósticos de cada trastorno.

Formas (técnicas) de identificar problemas

- A) La entrevista:
 - a. Ver pauta: utilizar preguntas abiertas.
 - b. Preguntas de exploración de criterios DSM.
 - c. Ámbitos de funcionamiento.
 - d. Sucesos vitales.

- B) Cuestionarios:
 - a. Previos o tras la primera entrevista.
 - b. Listados generales de problemas.
 - c. Cuestionarios especiales para los trastornos de la personalidad.

- C) Autorregistro:
 - a. Frecuencias.
 - b. Diarios (ideas y problemas de atribuciones, por ejemplo).

- D) Entrevistas con informantes (familiares, tutores, profesionales, etc.) que faciliten el punto de vista de los demás.

- E) Otras técnicas: proyectivas, de ideales en la vida, etc.

La lista de problemas

Debe recoger, de forma exhaustiva, todos los problemas identificados, ponerse por escrito y ser consensuada con el paciente.

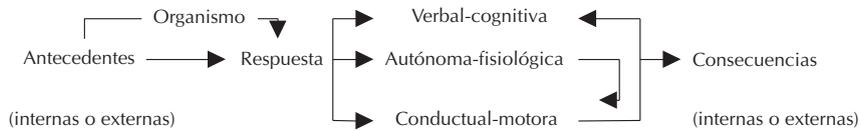
2. Análisis de secuencias

La realidad puede analizarse desde distintos niveles de integración: social-biográfico-actual. Las secuencias se refieren al nivel actual, a la forma en la que aparece el problema cada vez que ocurre.

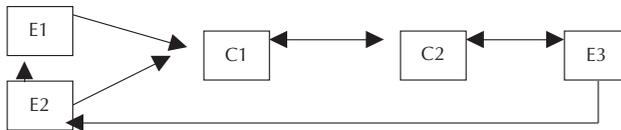
Aspectos cualitativos

Los acontecimientos incluidos en una secuencia se pueden organizar en esquemas de secuencias. Los más utilizados en la actualidad son:

Esquema tradicional de la evaluación conductual



Diagramas de flujo



Aspectos cuantitativos

Una vez identificados los acontecimientos y las variables implicados, deben establecerse algunos aspectos cuantitativos.

A) Muestreo:

- a. Representativo: última, primera, más leve y más grave.
- b. Otros muestreos (temporales, frecuencias, intervalo, situacionales, etc.).

B) Parámetros y contingencias:

- a. Parámetros: frecuencia, intensidad y duración.
- b. Relaciones de contingencia entre los sucesos.

Formas (técnicas) de recoger información sobre secuencias

A) Entrevistas con paciente e informantes:

- a. Contextualizar los sucesos.
- b. Identificar el comienzo y el final de las secuencias.
- c. Identificar relaciones de contingencia entre sucesos.

B) Autorregistro: de secuencias (A-B-C).

C) Observación y registros fisiológicos.

3. Análisis del desarrollo

Es necesario disponer de una aproximación al desarrollo de los problemas y a su papel en la vida de la persona.

Análisis del desarrollo

Es el estudio de los factores que inciden en la etiología y el curso de los problemas y de su papel en la biografía de la persona.

Etiología y curso de los problemas

Debe distinguirse entre:

- A) Factores previos al inicio de cada problema (predisponentes, vulnerabilidad, etc.).
- B) Inicio de cada problema.
- C) Curso de los problemas, estudiar los cambios contingentes con:
 - Sucesos vitales estresantes positivos y negativos.
 - Cambios en el desarrollo biológico de la persona.
 - Cambios en el desarrollo psicológico de la persona.
 - Tratamientos de profesionales de la salud.
 - Cambios fisiológicos importantes.
 - Períodos de mejorías y recaídas.

En todos los casos se ha de combinar la información objetiva con la interpretación y el valor subjetivo que la persona ha otorgado en su narrativa personal respecto a cada problema.

Formas (técnicas) de recoger información sobre el inicio y el curso de los problemas

Las dos técnicas principales son la entrevista y la Línea de vida, aunque pueden utilizarse cuestionarios biográficos, informes profesionales anteriores, etc.:

- A) *Entrevista*: sus estrategias giran en torno a diversos procesos, como ganar la confianza del cliente, contextualizar los sucesos, utilizar distintas claves perceptivas y sensoriales, organizar (construir) la información de forma narrativa y controlar la carga emocional durante el recuerdo.
- B) *Línea de vida*: es un esquema gráfico de los principales sucesos de la vida de la persona. Deben situarse al menos los siguientes tipos de sucesos:
 - a. Inicio de cada problema.
 - b. Curso de cada problema: mejorías y recaídas.
 - c. Tratamientos previos.
 - d. Sucesos vitales estresantes positivos y negativos.

4. Variables de la persona

Son las que conforman los sustratos biológicos y psicológicos de la propia persona y que actúan de forma continuada a lo largo de la vida o, al menos, durante períodos prolongados (seis meses como mínimo). Deben estar bien establecidas teórica y empíricamente por la investigación actual y ser identificables por diversos procedimientos y técnicas de evaluación.

Se requiere el enfoque multimétodo en su evaluación.

Para asegurar un uso correcto de este tipo de variables, es conveniente:

- Considerar la evidencia empírica y la solidez teórica de los modelos que sustentan cada variable.
- Buscar los estudios que establezcan la relación de cada variable concreta con el problema específico de cada persona.
- Preferir variables para las que se disponga de instrumentos de medida con altos criterios de calidad.
- Incluir siempre la información obtenida en el proceso de EPC, necesariamente más amplio y con mayores garantías de calidad.

Tipos de variables de la persona

- Variables relacionadas con el problema.
- Variables asociadas a la intervención.
- Variables requeridas por las técnicas de tratamiento.
- Variables predictoras del cambio.
- Variables relacionadas con la medida del cambio.

5. Variables del contexto

El análisis del contexto debe incluir, al menos, los siguientes grupos de factores:

- Condiciones físicas que rodean las secuencias y la vida de la persona.
- Condiciones sociales en las que se desarrolla la persona (actuales y pasadas).
- Sucesos vitales estresantes: positivos y negativos, vitales y cotidianos.

Narrativas emocionales: en cuanto a los sucesos vitales estresantes se refiere, Lazarus nos advierte de la necesidad de contemplar, junto a la situación real, la interpretación personal y la transacción que ocurre entre ambas mientras dura la situación y a considerar, igualmente, la interpretación posterior y la integración en su biografía a través de la memoria narrativa que la persona realiza.

Exposición de un caso clínico

Para llevar a efecto los objetivos recogidos en el eje del análisis descriptivo se emplearon distintas técnicas y estrategias que garantizaran la calidad de la información recogida. A esta altura el lector debe haberle quedado suficientemente claro que es imposible separar completamente las actividades de cada uno de los ejes a lo largo del proceso de EPC. En el presente punto se intenta diferenciar las actividades más descriptivas para facilitar su exposición. A continuación se revisan las técnicas empleadas para, posteriormente, resumir cada uno de los principales puntos del análisis descriptivo.

Pruebas empleadas

Se utilizaron las siguientes técnicas de evaluación:

- **Entrevista:** se llevó a cabo una primera entrevista de acuerdo con la pauta de entrevista clínica para adultos incluida en el material. Además, se incluyeron preguntas de detección de trastornos, de acuerdo con la guía de Vázquez y Muñoz ofrecida en el material. El proceso total de entrevista se extendió a lo largo de tres sesiones de 50 min.
- **Entrevista a los padres:** en una cuarta sesión se realizó una entrevista a los padres, principalmente para confirmar la información histórica y del desarrollo, pero útil también para obtener igualmente su punto de vista sobre la situación actual.
- **Autorregistros:** en los períodos entre entrevistas se procedió a pedir al paciente que realizase un autorregistro de los episodios de ansiedad social y relacionados con la agresión. De esta forma pudieron establecerse los aspectos esenciales de las secuencias de ambos problemas. Igualmente, la técnica se utilizó para crear en el paciente una consciencia de problema que no tenía al principio de la intervención y un hábito de autoobservación que resultaría muy útil durante el tratamiento.
- **Narración escrita:** para completar la información recogida en la entrevista acerca de la situación de agresión, que se recordaba de forma vaga, con lagunas y con una fuerte carga emocional, se pidió al cliente que realizase una narración escrita en primera persona y lo más descriptiva posible del episodio de agresión sufrido a los 16 años. La técnica nos sirvió para ayudarle a recordar los hechos ocurridos y las interpretaciones dadas por el paciente, a la vez que ayudó al reprocesamiento de los hechos y a la construcción de una interpretación más adaptativa de los mismos.
- **Diario de pensamientos:** una vez que el paciente comenzó a autoobservarse mejor y comprendió la utilidad de escribir sobre los problemas, se le animó a llevar a cabo un diario de pensamientos que recogiese sus pensamientos cotidianos. De esta forma se confirmaron las rumiaciones identificadas en la entrevista y la mayoría de las ideas irracionales señaladas a lo largo de la exposición del caso.
- **Informes médicos y psiquiátricos:** se le solicitaron todos los informes médicos y psiquiátricos de los que disponía en su historial médico. Se mantuvo contacto con el psiquiatra que le atendió durante toda la intervención.
- **Cuestionarios:** para completar el caso, buscar informaciones convergentes y divergentes e iniciar la evaluación de resultados, se emplearon los siguientes cuestionarios:
 - **SCL-90-R (Derogatis, 1993):** se utilizó para hacer un barrido de síntomas posibles y confirmar la tendencia ansiógena y evitativa del cliente. Identificó una tendencia paranoide que se integró en la formulación en los sistemas rumiativos y de ira y supervaloración del cliente. Los principales resultados se han expuesto en el capítulo 3.
 - **MCMI-III (Millon, 1997):** se empleó para buscar información convergente y divergente dimensional sobre los trastornos de la personalidad que parecían afectar más al paciente. La prueba identificó la tendencia evitadora social y avisó de la presencia de otras dimensiones con niveles elevados que podían complicar el tratamiento. Como en el caso anterior, los principales resultados se han expuesto en el capítulo 3.

- **GHQ-28 (Goldberg, 1978)**: esta prueba de salud general con cuatro subescalas se utilizó como medida de salud general especialmente recomendada para evaluar el cambio. Su ventana de medida de un mes y la posibilidad de contar con datos españoles de contraste la hace particularmente recomendable para este fin. Los resultados obtenidos en la primera medida fueron:

Síntomas somáticos: 1/7.

Ansiedad e insomnio: 5/7.

Disfunción social: 0/7.

Depresión: 0/7.

Destaca el hecho de que Anakin puntuase muy alto en ansiedad, como era de esperar, pero no lo hiciera en disfunción social. La única explicación que se encontró fue la relacionada con la ventana de medida de la prueba: el paciente ya estaba tomando la medicación durante el período de evaluación al que se refiere el test, que pudo captar una imagen del paciente en un período de mejoría o, de forma alternativa, la falta de conciencia de enfermedad del cliente en lo relativo a sus dificultades sociales. La baja puntuación en depresión puede seguir un esquema similar o indicar que el pretendido malestar continuo del paciente no era tan severo como parecían indicar las entrevistas.

- **BDI (Beck et al., 1961)**: se aplicó en un primer momento para tratar de confirmar un hipótesis sobre la posible depresión del paciente. La puntuación obtenida en la primera medida (10 puntos), junto con otro tipo de informaciones, pareció descartar esa posible hipótesis, pero como se había utilizado y había problemas en el estado de ánimo, se decidió seguir empleándola como medida de resultados a lo largo del tratamiento.

De acuerdo con la información obtenida en las pruebas, se redactó la siguiente lista de problemas.

Lista de problemas

- Ansiedad en situaciones sociales:
 - A) Desmayos.
 - B) Seudoalucinaciones.
 - C) Despersonalización.
 - D) Evitación.
 - E) Anticipaciones.
- Ansiedad ante determinados estímulos ambientales (árboles secos, escombros, descampados, etc.):
 - A) Evitación.
 - B) Anticipaciones.
- Rumiasiones (ruptura con Padme, dificultades de la vida, religión, etc.).
- Pensamientos de infravaloración.

- Ideas sobrevaloradas sobre la sociedad.
- Déficit de relaciones sociales y “sentimentales”.
- Sentimientos de soledad y tristeza (más frecuentes cuando habla con o piensa en Padme).

Análisis de secuencias

Siguiendo el esquema propuesto para la EPC, una vez redactada la lista de problemas, se procedió a analizar las secuencias principales de cada uno, para lo cual se abordó en la entrevista cada uno y se procedió a un muestreo que incluyó la última ocasión en la que el problema había aparecido, la más grave, una leve y la primera ocasión siempre que se recordase. De forma complementaria se estableció un autorregistro que comenzó la primera semana identificando solamente la frecuencia de las ocasiones en las que el paciente se sentía mal (ansioso, nervioso, tenso, etc.) y, en la segunda semana, añadiendo al registro las situaciones en las que se encontraba cuando aparecían las sensaciones (incluyendo las personas presentes), los pensamientos, la intensidad de las sensaciones y cómo terminaba la situación. En el cuadro 4.15 se presenta un esquema del autorregistro empleado.

Cuadro 4.15. *Esquema del autorregistro empleado.*

<i>Situación</i>	<i>Pensamientos</i>	<i>Sensaciones</i>	<i>Episodios especiales</i>	<i>Después</i>
	¿Qué piensas?	Ansiedad	Desmayo Visión Despersonalización	¿Qué haces tú?
	Nivel de creencia	Estado de ánimo		¿Qué hacen los demás?

A partir de los autorregistros cumplimentados en los períodos transcurridos entre las primeras cuatro sesiones se pudieron obtener los datos incluidos en la figura 4.1 y un cúmulo de información cualitativa añadido al comentar en las sesiones los registros con el paciente y ampliar y detallar todos los aspectos que podían revestir algún interés.

Se comenzó el análisis por el problema del malestar y la evitación de situaciones sociales. En este caso fue imposible identificar una primera ocasión, pero sí se identificaron la última, algunas leves y las más graves. Enseguida se constató cómo las secuencias más graves parecían coincidir con episodios de desmayos, despersonalización y alucinación (o Seudoalucinación, porque nunca llegamos a estar seguros de la realidad para el paciente de esos episodios). Se decidió separar el análisis de secuencias en las de problemas sociales sin y con episodios especiales.

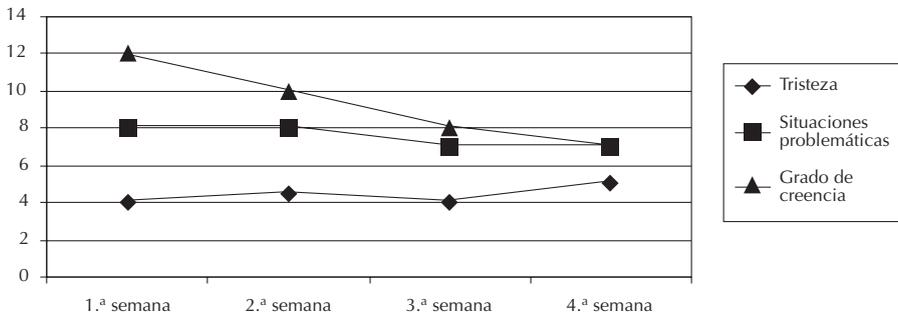


Figura 4.1. Frecuencia de las situaciones problemáticas, el nivel de creencia y el estado de ánimo (tristeza) a partir del autorregistro.

En el caso de las primeras, se encontraron como determinantes el estatus social percibido en los interlocutores; parecía que la gravedad aumentaba con el estatus. En estas situaciones Anakin tendía a tener una percepción de amenaza muy potente que le llevaba a una labor de hipervigilancia ante posibles críticas y rechazos por parte del otro. Esta hipervigilancia provocaba en muchas ocasiones unos comportamientos socialmente poco atractivos y extraños (desconfianza, mirar a los lados, falta de respuesta a preguntas, etc.) y se acompañaba de una sensación de ansiedad y malestar importante. Este tipo de comportamientos generaba un rechazo en las personas que no conocían a Anakin y un cierto malestar en los conocidos. Todo ello llevaba a potenciar los pensamientos de infravaloración, las rumiaciones y la evitación social activa y pasiva. En la mayoría de las ocasiones las secuencias terminaban aquí. El paciente o evitaba el contacto social o lo mantenía provocando un cierto rechazo en los demás y un malestar ansioso en sí mismo. En la figura 4.2 se incluye un esquema descriptivo de este tipo de secuencias. En todos los esquemas se ha preferido simplificar las relaciones de contingencia y el papel de cada variable en dos valores, alto y bajo, que viene indicado por el grosor de las líneas; el más grueso es el más frecuente o relevante, respectivamente.

Puede observarse en el esquema de la secuencia que algunos de los principales ítems incluidos en la lista de problemas de forma independiente, indicados con un recuadro más grueso, comienzan a ponerse en relación. De esta forma, en muchas ocasiones el análisis de secuencias sirve para reunir información y agrupar los posibles problemas entre sí.

En segundo lugar se realizó el análisis de las secuencias que incluían episodios especiales de desmayos, despersonalización o alucinaciones. Se llevó a cabo un muestreo exhaustivo de este tipo de sucesos; resultaron haber ocurrido en pocas ocasiones y fue posible revisarlos todos en la entrevista con el paciente y con sus padres. Durante la evaluación no ocurrió en ninguna ocasión una situación semejante y, por tanto, no se dispuso de información de autorregistro al respecto. Como se observa, en la sección de análisis del desarrollo todos los episodios parecían tener una secuencia similar con una especie de llave que distinguían entre los desmayos y los otros dos tipos de percepciones. Los disparadores siempre eran situaciones sociales o, en algu-

na ocasión, ambientales relacionadas con sus problemas y percibidas como extremas por el paciente. La percepción de amenaza se veía cumplida, la situación era "ciertamente" peligrosa y comenzaba así un proceso de rumiación de la situación y de sus posibles consecuencias, potenciado por una activación fisiológica muy elevada. Ese círculo vicioso parece el antecedente directo de los episodios. Cuando Anakin se encuentra en su casa y con cierta sensación de poderse "dejar llevar", llega a perder el conocimiento y a sufrir desmayos. Cuando su percepción social le indica que no puede llegar a perder el conocimiento por no encontrarse suficientemente seguro, sufre un episodio de despersonalización o dice tener alucinaciones del diablo acusándole de ser el culpable de sus problemas. En los últimos dos casos, el paciente consigue reponeerse recurriendo a la distracción y quitándole importancia al episodio. No pudo establecerse con rigor la credibilidad de Anakin en sus alucinaciones; a veces podía llegar a creer que eran ciertas y otras pensaba que eran fruto de su imaginación. En la figura 4.3 se resume el esquema de este tipo de situaciones.

De la misma forma que en el punto anterior pero en sentido inverso, en otras ocasiones el análisis de secuencias sirve para identificar diferencias entre problemas. En este caso se identificó cómo la ansiedad sufrida se relacionaba con distintos tipos de estímulos difíciles de reunir en un solo esquema de significado. En los autorregistros se observó que algunas de las ocasiones en las que aparecía la ansiedad ocurrían en situaciones ciertamente extrañas, paseando por zonas descampadas del barrio y en lugares de obras abandonadas o escombreras. Profundizando en este tipo de estímulos en la entrevista, se encontró que los lugares poco frecuentados, aislados y, especialmente si tenían árboles, podían producir sensaciones similares. En esas ocasiones la percepción de amenaza y de miedo era muy alta y el paciente trataba de controlarla o pasando muy deprisa por los lugares o evitando pasar por ellos siempre que fuera posible. En el análisis del desarrollo que se incluye a continuación se detalla cómo este tipo de situaciones derivan de una agresión sufrida a los 16 años y mencionada en la historia clínica. En la figura 4.4 se resume este esquema de secuencia.

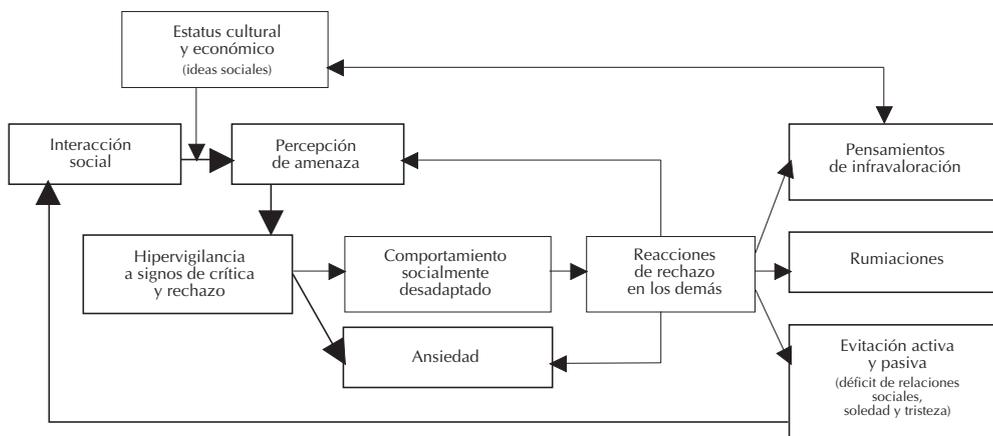


Figura 4.2. Esquema descriptivo de la secuencia de ansiedad y evitación social.

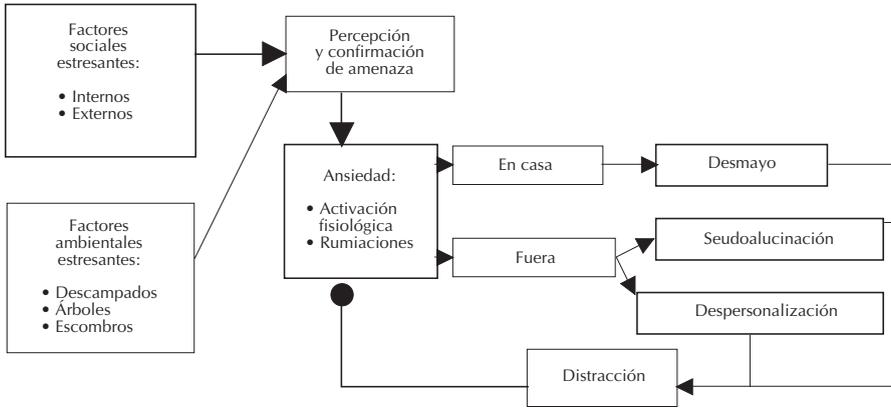


Figura 4.3. Esquema de la secuencia de los episodios especiales de desmayo, despersonalización y alucinaciones.

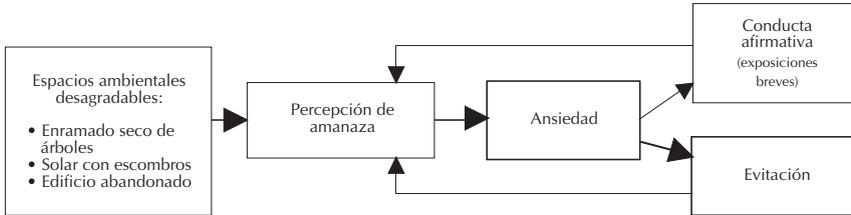


Figura 4.4. Esquema de secuencia de ansiedad en lugares que recuerdan la agresión.

Una vez reunidas y descritas las secuencias de los problemas del paciente, la lista se redujo a tres o incluso a dos si se consideran los episodios especiales como las secuencias más extremas de la ansiedad social. En este momento se está en disposición de abordar el resto del proceso descriptivo, es decir, el análisis del desarrollo y las variables personales y ambientales que podían estar influyendo en el origen o mantenimiento de los problemas.

Análisis del desarrollo

Desempeña un papel muy importante en la génesis de hipótesis y en la reconstrucción narrativa del caso que se devolverá al paciente. En la situación presente la reconstrucción del pasado es

relativamente sencilla y, además, aporta evidencia convergente con las hipótesis diagnósticas manejadas. Veamos los principales hitos de cada uno de los problemas.

- *Ansiedad y evitación social*

Pueden identificarse varios factores que pudieron haber influido en la aparición de este problema. La existencia de unos modelos parentales con unas relaciones sociales muy reducidas y encerradas en un círculo de trabajo y religión pudo haber influido al añadir una dificultad al aprendizaje de las habilidades sociales del niño. El estilo educativo familiar resultó quizás demasiado estricto y autoritario y, sobre todo, la falta de afecto que parece deducirse del clima familiar entorpecerían igualmente dicho aprendizaje de habilidades y de relaciones de empatía apropiados en la infancia. Las dificultades psicomotrices, particularmente el arreglo personal impuesto por la familia, junto con las frecuentes críticas, comparaciones y burlas por parte de la propia familia, pueden haber ayudado a entorpecer el normal desarrollo social del paciente. En ese contexto, los frecuentes cambios de residencia no harían sino entorpecer las relaciones entre iguales, consiguiendo así disolver las pocas habilidades puestas en marcha por Anakin en su primera adolescencia. De este modo, Anakin llega a la adolescencia con un fuerte déficit de habilidades sociales y de relación y, posiblemente, un déficit importante en el afrontamiento de este tipo de situaciones, especialmente las de rechazo o disconformidad de los iguales. Todo ello podría haber condicionado el hecho de disponer de una escasa, en algunos períodos nula, red social de amigos y conocidos. Sus relaciones se limitan al núcleo familiar y el paciente no encuentra nada agradables esas relaciones, generalmente frustrantes y críticas. De esta forma, los episodios de bajo estado de ánimo serían la consecuencia lógica del aislamiento y de la falta de recursos que ha sufrido el paciente durante una parte importante de su vida.

- *Episodios especiales en situaciones estresantes*

Como se ha visto en los análisis de secuencias, los episodios de desmayos, despersonalización y alucinación pueden interpretarse como los casos extremos de las secuencias de ansiedad y evitación social. Al ser muy contadas las ocasiones en las que esos sucesos han tenido lugar, pudo hacerse un recorrido vital que los incluía todos (al menos los recordados). En el cuadro 4.16 se resume este tipo de episodios.

Puede observarse que los datos apuntan en el sentido de aceptar este tipo de sucesos como los extremos de las secuencias de ansiedad y evitación social. Cuando la amenaza es percibida como cumplida (ocurriendo o habiendo ocurrido), aparecen los sucesos mencionados. También puede observarse que algunas situaciones, unidas a la ansiedad ante determinados estímulos ambientales, recuerdos de la agresión sufrida, pueden llegar a elicitar el mismo tipo de respuesta en casos de máxima intensidad.

Cuadro 4.16. *Episodios de desmayos, despersonalización y alucinaciones sufridos por el paciente a lo largo de su vida.*

Año	Tipo de episodio	Situación
22	Desmayo	El jardín de su casa después de discutir con un amigo
23	Desmayo	En su habitación, un fin de semana que no tenía con quién salir y estaba pensando lo solo que estaba en la vida
24	Desmayo	En la cocina; acababa de llegar de la calle, donde había discutido con un grupo de amigos.
26	Seudoalucinación (diablo)	En el comedor del trabajo no puede mantener el nivel de la conversación de sus compañeros (sobre fútbol)
27	Despersonalización	En una entrevista de trabajo "humillante"
28	Despersonalización	Al ir a preguntar para matricularse en un Master y ser informado de que para ser admitido tendría que pasar un proceso de selección
29	Alucinación (diablo)	Paseando solo por un descampado
33	Seudoalucinación + desmayo (un viejo que parecía el diablo disfrazado)	En su habitación pensando en Padme (ruptura)
33	Seudoalucinación (el mismo viejo)	En la sala de espera de Urgencias, donde acude por una picadura de avispa. Al sentirse atendido en último lugar y con cierta desgana

- *Ansiedad en lugares que recuerdan la agresión*

Al preguntar por la primera ocasión en la que aparecieron esos temores, Anakin nos indica que empezaron inmediatamente después de sufrir una pequeña agresión cuando tenía 16 años. La agresión se recordaba mal y de forma incompleta. Utilizando estrategias de mejora del recuerdo y una técnica de "recuerdo basado en imágenes", el paciente consiguió recuperar la mayoría de la información relativa a la agresión sufrida. Ocurrió cuando paseaba solo por un descampado de su barrio y unos cabezas rapadas le agredieron y la despojaron de toda su ropa, con excepción de la ropa interior. Él tuvo que volver a su casa en ropa interior; sufriendo así una de las mayores humillaciones de su vida. Sus atribuciones al respecto indican que el tipo de ropa que llevaba, muy cara y de "niño rico", pudo ser el detonante del robo. Adelantando las hipótesis, este hecho pudo provocar que en su esquema narrativo su aspecto físico quedara

grabado como culpable de haber sufrido agresiones. Igualmente, consiguió que algunos estímulos situacionales (árboles, escombros, descampados) quedaran asociados a las respuestas de malestar y que los sentimientos de infravaloración personal e inseguridad se vieran fortalecidos. Sin duda, esta agresión vivida como humillante y de la que se siente culpable por "ser tan ridículo", tiene que haber representado un papel destacado en el deterioro de sus escasas relaciones sociales y en su autoestima y estado de ánimo. El recurso a la religión como último refugio y su posterior desencanto parecen profundizar la brecha sufrida en las relaciones sociales y la desconfianza de los demás.

Para resumir y organizar la información se empleó una Línea de vida, estrategia que se llevó a cabo con el cliente durante una de las entrevistas y que, a la vez que organizaba el análisis del desarrollo, sirvió para comenzar la desdramatización de los problemas y la reorganización cognitiva del caso, aspectos básicos para poder acometer una intervención posterior. En la figura 4.5 se incluye un esquema de la Línea de vida obtenida.

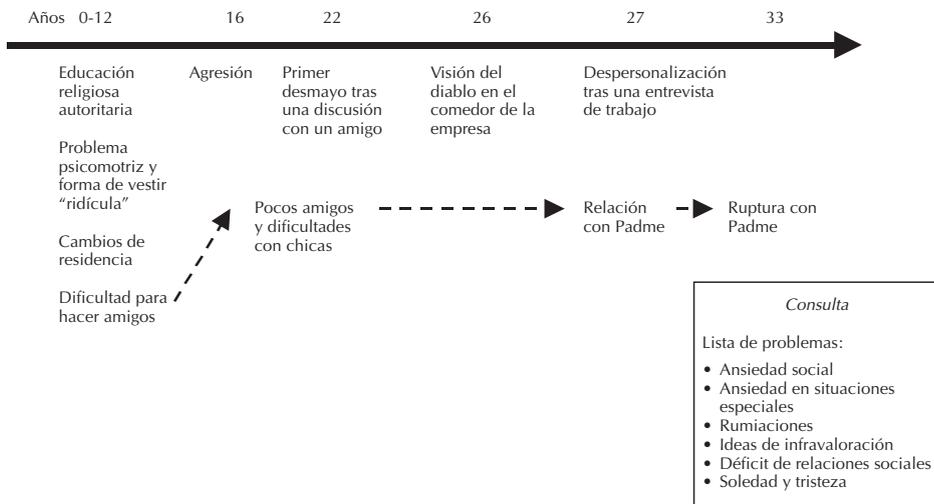


Figura 4.5. Línea de vida y lista de problemas de Anakin.

Variables personales

Entre las variables de la persona que se consideraron en el caso aparecen en primer lugar las relacionadas con una cierta predisposición a la ansiedad. Parece que Anakin presentaba cierta predisposición biológica a la ansiedad que, a lo largo de su infancia, debió conjugarse con un estilo educativo igualmente potenciador de la misma. Por otro lado, el paciente no tuvo oportunidad de aprender y desarrollar algunos de los repertorios sociales básicos debido a su educación, a su

ansiedad y a sus cambios de residencia y a las frecuentes separaciones del medio social. De esta forma, no es difícil entender que el estilo de afrontamiento predominante sea evitador y que su respuesta favorita a las dificultades sociales sea la de concentrarse en sí mismo y pensar continuamente en sus dificultades (rumiaciones). Su estilo actual de vida, vivir con sus padres, sin trabajo, sin estudiar, sin amigos, aislado socialmente, no hace más que favorecer y fomentar sus variables personales más adversas. Su falta de relaciones sentimentales en la actualidad y la ruptura reciente, junto con la ausencia de relaciones sexuales en su vida, colocan en un escenario complejo las posibles relaciones sociales futuras.

En el polo positivo Anakin presenta una disposición al cambio en estos momentos. Parece dispuesto a recibir ayuda y a soportar algunas de las críticas que esta ayuda genere, aunque su baja conciencia de enfermedad puede dificultar este proceso, al menos en las primeras fases. Su alto nivel cultural y su formación parecen ser buenos predictores de cambio.

Variables ambientales

Entre las variables del contexto la situación es igualmente problemática. Sus padres no parecen dispuestos a prestar demasiada ayuda y actualmente prestan poco apoyo al paciente. Sus hermanos, que ya no conviven en el domicilio familiar, pueden prestar algún apoyo social, pero Anakin prefiere mantenerles al margen de la intervención. El único grupo de apoyo posible es el de los amigos de Cataluña (su última residencia), con los que mantiene cierto contacto, dificultado por la ruptura con Padme (integrada en ese mismo grupo). Su traslado relativamente reciente a Madrid, ciudad desconocida para él y en la que no conoce prácticamente a nadie, añade inconvenientes a su situación vital actual.

Su clase social media-alta, que le coloca en una posición económica cómoda incluso sin trabajar, puede ayudar en los primeros momentos del tratamiento al no sentir la presión económica del desempleo.

Preguntas de autoevaluación

- I. En el contexto de la EPC, un problema se puede definir como:
- a) Un trastorno.
 - b) Un criterio diagnóstico.
 - c) La transacción individuo-ambiente que provoca malestar entorpece las actividades o perjudica la salud de la persona.
 - d) La transacción individuo-ambiente solamente si perjudica la salud mental de la persona.
 - e) Una situación para la que la persona no dispone de suficientes recursos.

2. En el análisis de secuencias deben incluirse:
- a) Encadenamientos de estímulos y respuestas tipo E-R.
 - b) Las variables biológicas que pueden intervenir.
 - c) Antecedentes-conducta-consecuentes.
 - d) Estímulos internos (fisiológicos o cognitivos).
 - e) Todas son correctas.
3. El análisis del desarrollo de los problemas:
- a) No se suele hacer en el proceso de EPC.
 - b) Se tiende a hacer mediante un cuestionario biográfico.
 - c) Ha de excluir las interpretaciones subjetivas del paciente y centrarse en los datos objetivos.
 - d) Debe dar más peso a los datos subjetivos que a los objetivos, que en realidad no interesan.
 - e) Puede llevarse a cabo mediante una Línea de vida y tiene que incluir los aspectos subjetivos y objetivos de forma conjunta.
4. Para asegurar el uso correcto de las variables de la persona en el proceso de EPC, es conveniente:
- a) Disponer de baterías o tests de personalidad muy completos que abarquen todas las importantes.
 - b) Considerar la evidencia empírica y los modelos teóricos que relacionan cada variable con los problemas de nuestro paciente.
 - c) Solamente es importante la evidencia empírica, ya que las teorías añaden un factor de interpretación muy elevado.
 - d) Excluir las variables biológicas o genéticas, ya que son inmodificables.
 - e) Todas son correctas.
5. Las narrativas personales acerca de su vida, y en especial de los sucesos estresantes vividos:
- a) Ayudan a entender la integración del suceso en la memoria del paciente y, por tanto, su importancia actual en la vida de la persona.
 - b) Solamente son relevantes en los sucesos traumáticos muy recientes.
 - c) Sólo son importantes en los casos en los que ocurrieron amnesias.
 - d) Deben obtenerse mediante técnicas de sugestión que nos garanticen la independencia de los datos respecto a la subjetividad de la persona.
 - e) No tienen ninguna importancia en el proceso de EPC al referirse a información subjetiva y de difícil contraste.

5

Evaluación para el tratamiento II: análisis funcional y formulación clínica

A pesar de que durante toda la exposición del proceso de EPC estamos hablando de tres ejes en continua interacción, también el peso de las actividades ligadas a cada eje es distinto a lo largo de toda la EPC. En los primeros momentos la atención se centra en las actividades descriptivas y de diagnóstico y las hipótesis representan un papel secundario a la búsqueda y al contraste de información. Llega un punto, difícil de definir, en el que los términos comienzan a invertirse y empiezan a tomar mayor relevancia las actividades destinadas a encontrar una explicación funcional a todo lo que vamos describiendo. Es el momento de abordar el análisis funcional y la formulación del caso, de pasar progresivamente de la molaridad de la descripción de las secuencias a la molaridad de la interpretación. La vía es de doble sentido, ya que la búsqueda de relaciones entre las variables nos puede llevar, a su vez, a la identificación de nuevas variables y de procesos implicados que pueden haber pasado desapercibidos, por diversas causas, hasta el momento. De nuevo solamente se separan ambos tipos de estrategias por motivos expositivos.

Hasta ahora en el proceso de EPC se ha conseguido recoger la principal información descriptiva necesaria, se ha podido avanzar un diagnóstico sobre esa información y se han utilizado hipótesis de trabajo que han permitido profundizar en ese proceso. Resulta fácil advertir que el análisis descriptivo es una labor central y necesaria, pero no suficiente para el establecimiento de un tratamiento, objetivo principal de la EPC.

De igual forma, el diagnóstico presenta también fuertes limitaciones para su uso como única estrategia para el diseño de tratamientos en salud mental (Beutler y Malik, 2002). Ya se ha discutido brevemente la utilidad de los distintos tipos de clasificaciones diagnósticas al uso. Sin querer profundizar en la razón de ser de estas distintas clasificaciones y de sus posibles alternativas y variaciones, centrándonos en la mera utilidad del diagnóstico en la práctica clínica y, especialmente, en el diseño de los tratamientos, puede señalarse una serie de limitaciones de carácter empírico que parecen indicar la necesidad de ir más allá del diagnóstico en el proceso de EPC:

- Las categorías diagnósticas actuales sufren limitaciones empíricas importantes. Los distintos trastornos no reflejan realidades independientes; existen dificultades insalvables hasta el momento en el diagnóstico de algunas categorías. Además, los diagnósticos múltiples han sido poco estudiados en la investigación y aparecen problemas subclínicos que necesitan intervención. En definitiva: el camino de las clasificaciones diagnósticas no ha llegado a un punto de madurez que le dote de utilidad, más allá de la herramienta de comunicación que es en la actualidad, para la explicación de los trastornos psicológicos.
- Las clasificaciones diagnósticas actuales son pretendidamente ateóricas y se encuentran exentas de valor funcional. Aunque esto no es completamente cierto, la realidad nos indica que ni el DSM-IV-TR ni la CIE-10 avanzan explicaciones funcionales de los trastornos y, mucho menos, modelos psicológicos de su funcionamiento. Sin embargo, parece lógico pensar que los tratamientos deben apoyarse sobre modelos psicopatológicos que expliquen el funcionamiento de la persona y su contexto.
- El diagnóstico de un trastorno no permite elegir un tratamiento. Aparentemente el diagnóstico de un trastorno se puede relacionar con la evidencia acumulada respecto a los tratamientos eficaces en ese trastorno, pero la realidad es algo más compleja. Cuando se analiza el juicio clínico de los profesionales de la salud mental al elegir un tratamiento, se observa que en la mayoría de los casos pesan más la orientación teórica y la formación del clínico que los problemas del paciente. Por ejemplo: en el caso de la depresión existen diversos tratamientos apoyados empíricamente idealmente intercambiables: farmacoterapia y psicoterapia cognitiva, conductual, interpersonal o dinámica breve. Simplificando, podemos avanzar que el psiquiatra aplicará los fármacos, el psicólogo conductual los tratamientos más conductuales, el cognitivo los cognitivos, el dinámico los interpersonales y el dinámico más tradicional la psicoterapia breve. Resulta poco edificante para los profesionales de la salud mental que la elección entre los tratamientos dependa de la orientación o formación recibida más que de los problemas de la persona que, por otra parte, aparecen claramente diferenciados en las distintas alternativas de intervención. Es conveniente señalar que en toda recomendación de un tratamiento para un trastorno determinado existe un modelo causal implícito, el del autor que diseñó la intervención, y que su desconocimiento solamente redundará en la mala práctica profesional al obviar los mecanismos implicados en los tratamientos aplicados. Parece lógico pensar que se necesita más información para diseñar una intervención que la incluida en una categoría diagnóstica, al menos de las actualmente al uso. Cuanta más información se maneje en un caso determinado y más explícito sea el modelo de funcionamiento, más cerca estaremos de garantizar que el tratamiento elegido lo ha sido en función de las necesidades del paciente y no de nuestra adscripción a un enfoque u otro o dependiendo de nuestra preferencia personal.
- Las terapias de manual necesitan una adaptación al caso. Incluso en los trastornos en los que se dispone de terapias de manual efectivas, se necesitará un trabajo de

adaptación a las circunstancias personales del cliente y de su entorno. Las posibles barreras, los apoyos o la falta de ellos, las particularidades, los gradientes, los tiempos, la disposición al cambio, las variables de personalidad, las jerarquías de estímulos, etc. son distintos en cada caso y deben considerarse al diseñar la intervención.

De esta forma, es necesario traspasar el límite impuesto por la descripción y el diagnóstico y llegar a la interpretación de la información. La labor del evaluador se convierte en la de crear una verdadera teoría clínica del caso que dé razón de todos los sucesos observados en el análisis descriptivo y añada información funcional a la etiqueta diagnóstica elegida. Dicha teoría ha de devolver la EPC del enfoque molecular del análisis más descriptivo al molar con el que comenzó. Tiene que ser una teoría que ponga en relación los enfoques nomotéticos e idiográficos para explicar el devenir de los problemas de cada persona particular utilizando modelos y principios generales y que, al ser sometida a contraste, garantice la validez de constructo de la EPC y, por tanto, su calidad.

Existe cierta confusión en la utilización de los términos que hacen referencia a este proceso de interpretación de los datos del caso clínico. Diversos acercamientos teóricos han empleado distintos nombres para denominar ese tipo de teorías: análisis funcional, evaluación psicológica, análisis conductual, evaluación funcional, conceptualización del caso, etc. A estas alturas el lector comprenderá perfectamente que conviene reservar todos los términos que incluyen *evaluación* para procesos generales más amplios y globales, mientras que aquellos otros que utilizan *análisis* probablemente sean más correctos para describir operaciones concretas dentro del proceso general de evaluación. En los últimos años parece haberse obtenido cierto consenso respecto a la utilidad de la expresión formulación clínica del caso para integrar el conjunto de hipótesis que sustentan la interpretación teórica de la información clínica (Eells, 1997). Probablemente se mantiene cierta confusión terminológica entre análisis funcional y formulación clínica, sobre todo en los acercamientos más conductuales.

La expresión *análisis funcional* proviene de la tradición conductista que la utilizaba para designar con ella el proceso de identificación de relaciones funcionales entre estímulos y respuestas, aunque ha tenido más aplicaciones. Por ejemplo: Haynes y O'Brien (1990) recogen diez aplicaciones diferentes del término en la literatura conductual (para un comentario interesante al respecto, ver Silva, 1989). En la actualidad se sigue utilizando como sinónimo de evaluación conductual por muchos autores, pero parece más adecuado aplicarlo a aquella fase de la misma que identifica las relaciones funcionales pero que no abarca todo el proceso. En palabras de Haynes y O'Brien (1990), el análisis funcional se define como *la identificación de relaciones funcionales causales, importantes y controlables, aplicables a un conjunto específico de conductas meta para un cliente individual*. En este sentido, Haynes admite que *el análisis funcional es un tipo de formulación clínica del caso enmarcada en el enfoque conductual* (Haynes, 1998; p. 9), acercándose así a la propuesta del grupo del UCL acerca de la formulación clínica conductual (Wolpe y Turkat, 1985).

La *formulación clínica* es esencialmente una hipótesis acerca de las causas, los precipitantes y las influencias que mantienen los problemas psicológicos y conductuales y las interpretaciones de cada persona (Eells, 1997). Se asume que la utilidad de la formulación clínica va más allá de la explicación global del caso y se extiende a la organización de información compleja y, a veces, contradictoria; a la guía para la planificación y dirección del tratamiento; a la utilización como base para la evaluación del cambio; como un apoyo para la comprensión del paciente por parte del terapeuta; y, finalmente, como un elemento re-organizador de la experiencia, las narraciones y la identidad del paciente.

De esta forma, la identidad del análisis funcional con la formulación clínica solamente es cierta cuando se dan dos supuestos: que el enfoque empleado resulte exclusivamente conductual y que la persona sufra un solo problema, de forma que análisis funcional y formulación se identifican. Revisemos más detenidamente ambos supuestos: en primer lugar, cuando el enfoque del caso, manteniendo la orientación empírica y científica, está abierto a incluir en los análisis funcionales más variables, información y tipo de relaciones que las tradicionalmente incluidas en el acercamiento conductual, la identificación de análisis funcional y formulación no resulta correcta; la mayoría de los enfoques cognitivos, humanistas, dinámicos, narrativos, etc. no aceptarían fácilmente la denominación del modelo explicativo del caso como análisis funcional, pero podrían asumir la utilización de esa expresión para el ámbito más reducido del estudio de las relaciones funcionales que se mantienen en cada problema; además, el término formulación procede terminológicamente de la Química y fue empleado en Psicología clínica primeramente por los enfoques dinámicos, lo que le dota de un contenido semántico globalizador, molar, unido al desarrollo personal y fuertemente idiográfico que le diferencia del más reduccionista de la expresión análisis funcional. En segundo lugar, cuando la persona presenta más de un problema de relevancia clínica (prácticamente siempre) es necesario ampliar el análisis funcional del problema a las relaciones entre los distintos problemas, es decir, hay que ampliar las hipótesis funcionales y causales a esquemas más amplios que incluyan el desarrollo y las relaciones entre los distintos problemas de la persona y ofrezcan una visión panorámica del caso.

Considerando ambas circunstancias, parece que una solución adecuada puede ser la de reservar las expresiones EPC para el proceso global, análisis funcional para el estudio de las relaciones entre los sucesos implicados en cada problema y análisis funcional de los problemas para señalar su especificidad. Finalmente, conviene usar la expresión formulación clínica para referirse al estudio de las relaciones globales de todos los problemas de la persona. De forma complementaria, sería mejor utilizar formulación clínica del caso para marcar la diferencia respecto al análisis de cada problema por separado. En la figura 5.1 se ofrece un esquema explicativo de la propuesta.

En el esquema propuesto la EPC comienza por el estudio de una persona, un caso clínico, y va reduciendo el nivel de análisis hasta, en los momentos más descriptivos, utilizar los estímulos y las respuestas como elementos básicos del análisis. A partir de ese momento se inicia una integración de la información que pasa por la reunión de los acontecimientos incluidos en cada secuencia mediante una interpretación o un análisis funcional de los mismos que organiza las configuraciones de acontecimientos internos y externos. Los distintos

problemas de la persona se integran, a su vez, mediante una interpretación teórica más global, una teoría clínica, una formulación clínica del caso que organiza las configuraciones de problemas y variables relacionadas en la vida de la persona. Un paso más allá, las configuraciones de casos clínicos similares podrían organizarse en modelos teóricos explicativos de los trastornos, pero eso es otra historia.

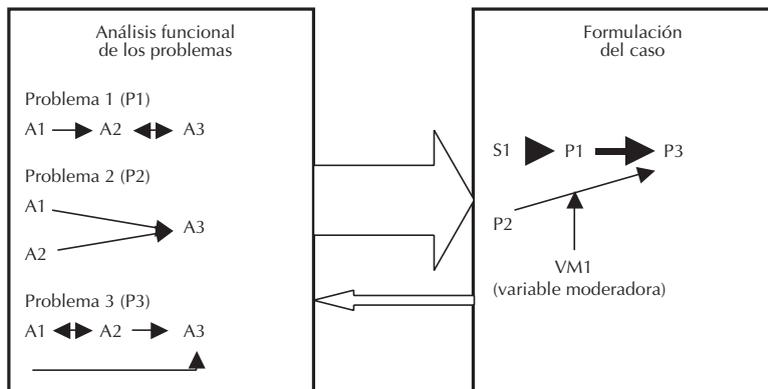


Figura 5.1. Esquema explicativo de las relaciones entre el análisis funcional de los problemas y la formulación del caso clínico.

Considerando todo lo anterior, la *formulación clínica debe configurarse como un conjunto de hipótesis contrastadas expresado de forma narrativa o mediante diagramas de flujo que ponga en relación toda la información disponible sobre el caso (biológica, psicológica y social) para explicar la etiología, el curso, el mantenimiento actual y el pronóstico del mismo*. De forma más detenida, puede entenderse que un modelo de formulación, al ser una verdadera teoría científica clínica del caso individual, debe cumplir con los requisitos y criterios actuales para este tipo de modelos. Las hipótesis deben considerar los conocimientos acumulados en cada tema y los datos empíricos al respecto y someterse a un contraste previo a su aceptación definitiva. Una formulación debe incluir, al menos, algunos aspectos que permitan ciertas garantías. En el cuadro 5.1 se indican los más relevantes.

La formulación debe devolverse al cliente por dos motivos principales por motivos de ética profesional y para ayudar a modificar las narrativas del caso que pueda haber generado el propio paciente de forma desadaptativa. Una vez aceptada por el cliente, se procede a la planificación del tratamiento intentando implicar al máximo a la persona y su entorno y en la puesta en marcha del mismo.

Cuadro 5.1. Aspectos básicos de una formulación clínica.

-
- *Etiología*: al explicar el origen e inicio de los problemas, la formulación debe hacer énfasis y distinguir entre los factores del desarrollo, los de predisposición, los de vulnerabilidad y los posibles desencadenantes
-
- *Curso*: en el curso la hipótesis tiene que dar cuenta de todos los cambios observados en la historia de los problemas durante las fases descriptivas de la EPC
-
- *Mantenimiento*: los modelos de mantenimiento han de explicar el funcionamiento actual del caso y guardar relación directa con los de origen y curso. Deben integrar datos biológicos, psicológicos y sociales y ser capaces de reunir toda la información obtenida en los análisis de secuencias y de variables personales y ambientales del análisis descriptivo. Para completar la formulación, hay que incluir la explicación atribucional o narrativa de los problemas que se hace a sí mismo el paciente y los factores personales y sociales que pueden ayudar o entorpecer el cambio
-
- *Pronóstico*: la formulación debe permitir realizar una predicción respecto a la evolución futura del problema en caso de no seguir tratamiento y las posibilidades reales de intervención sobre la base de la investigación empírica y de las circunstancias personales del paciente. Esta predicción (pronóstico) ha de incluir tanto la evolución con los factores actuales de funcionamiento, como la identificación de otros factores que pueden producir una mejoría o un empeoramiento “espontáneos” del problema
-

Finalmente, antes de pasar a revisar cada uno de los puntos en cierto detalle, conviene destacar: que la formulación es dinámica y cambia con el tiempo y con los cambios ocurridos en el contexto o en la propia persona. Por ejemplo: el mismo tratamiento introduce cambios que tienden a modificar las formulaciones de forma sensible. De la misma forma, por muy bien que hayamos trabajado y mucho cuidado que hayamos puesto en la redacción de la formulación, nadie está libre de cometer errores. En todas esas circunstancias será necesario reformular los casos en algún momento de la intervención. Hemos preferido incluir el comentario acerca de la reformulación de casos en el último capítulo, junto con la evaluación durante el tratamiento, momento habitual en el que se suele identificar la necesidad de realizar una revisión posterior, para facilitar la mejor comprensión del proceso.

5.1. Relaciones funcionales y causales

Hasta el momento se ha establecido el tipo de variables que deben estar incluidas en una formulación, pero se ha dicho poco del tipo de relaciones que buscamos. De forma previa es necesario incluir una explicación sobre el tipo de relaciones entre variables que se buscan en un análisis funcional y en una formulación. Siguiendo los esquemas de fun-

cionamiento científico, existen dos tipos de relaciones que tienen interés a la hora de crear modelos científicos: las relaciones funcionales y las de causalidad o causales. Las primeras implican una covarianza entre variables y pueden ser causales o correlacionales, mientras que las segundas son siempre probabilísticas debido a los diversos errores de medida y susceptibles de descripción matemática. Para muchos autores la mejor forma de escaparse del debate histórico acerca de la causalidad en la ciencia y en la conducta humana en particular consiste en asumir que el único conocimiento posible es funcional y que la causalidad queda fuera del ámbito científico. Sin querer entrar en polémicas, desde mi punto de vista el concepto de causalidad resulta de utilidad y puede dirigir la investigación clínica y el proceso de EPC. Siguiendo a Haynes y O'Brien (2000), los modelos de causalidad para los problemas psicológicos pueden ayudar al evaluador a: identificar las variables determinantes más importantes para los problemas de los clientes, seleccionar las mejores estrategias de evaluación para medir y entender las complejas relaciones existentes entre las variables implicadas en la evaluación clínica, predecir mejor el comportamiento y estimar qué intervenciones pueden ser más efectivas. Si se acepta la importancia de centrarse en la búsqueda de relaciones causales entre las variables implicadas, el siguiente paso tiene que ser acotar los tipos de relaciones de causalidad relevantes en el proceso de EPC, ya que existen distintos tipos de causalidad que pueden funcionar en los modelos psicológicos. Por ejemplo: puede haber relaciones causales entre sucesos que ocurren inmediatamente en el tiempo (una mujer se siente agredida por el inicio de la conversación de un varón en un bar), sucesos que tienen una diferencia temporal importan-

Cuadro 5.2. *Tipos de causas en EPC (a partir de Haynes y O'Brien, 2000).*

• Suficientes	Y ocurre cuando X ocurre; X es suficiente para causar Y
• Insuficientes	Una causa es insuficiente por sí misma para provocar el efecto, pero lo puede conseguir con ayuda de otras variables
• Necesarias	Y no ocurre nunca sin X
• Necesarias y suficientes	Y ocurre cuando ocurre X e Y nunca ocurre sin X
• Iniciales	La causa de la que dependen todas las demás, la primera en la cadena causal
• Principales	La causa de la que depende de forma primaria la aparición del efecto
• Inmediatas	Una causa que produce el efecto sin mediadores
• Mediatas	Una causa que produce el efecto sólo con la acción de ciertos mediadores

te (la misma mujer se siente agredida por el varón debido a que fue víctima de abusos sexuales en la infancia), sucesos que implican configuraciones extensas de estímulos (esa mujer ha recibido una educación musulmana y no entiende que un varón pueda dirigirse a ella de esa forma) y, además, pueden actuar conjuntamente (las tres causas pueden ser ciertas en este caso). En el cuadro 5.2 se incluye un resumen de las relaciones de causalidad más importantes en la EPC.

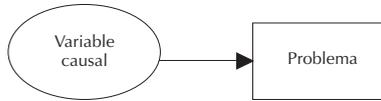
5.1.1. Condiciones y tipos de las relaciones causales

Uno de los problemas con los que puede enfrentarse el clínico en este momento es el de la identificación de las posibles relaciones causales entre sucesos o variables. Como ayuda en esta búsqueda el evaluador puede considerar algunas condiciones que deben cumplir las relaciones entre variables para poder ser candidatas a la causalidad y conocer con cierta soltura los tipos de relación que aparecen con mayor frecuencia en los procesos de EPC. A continuación, de acuerdo con Haynes y O'Brien (2000), se resumen en primer lugar las cuatro condiciones más importantes:

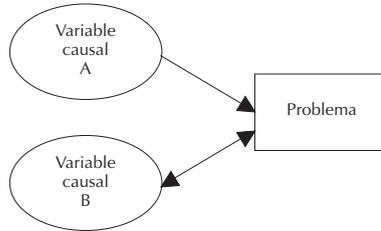
- *Las dos variables deben covariar:* tiene que existir una relación funcional entre ambas variables, entre personas o en la misma persona a lo largo del tiempo. Dos variables mantienen una relación funcional cuando tienen una varianza compartida o covarían.
- *La variable hipotéticamente causal debe ocurrir antes en el tiempo que su efecto:* este tipo de relación temporal puede llegar a ser relativamente difícil de identificar cuando lo que funciona es una relación de contingencia a lo largo del tiempo en la que la causa no antecede al efecto en todas las secuencias. En estos casos ha de recordarse que la causa del efecto no es el suceso anterior, sino la propia relación de contingencia en sí misma. De forma similar, en las relaciones recíprocas la inmediatez de las causa y los efectos y su juego particular pueden llegar a dificultar enormemente la identificación de la causa y el efecto.
- *Tiene que existir un mecanismo explicativo para la relación causal hipotética que goce de cierta lógica:* este tipo de mecanismo suelen venir especificado por los principios de funcionamiento o los modelos psicológicos. En algunas ocasiones estos argumentos lógicos quedan implícitos pero difícilmente pueden expresarse, como las razones de la eficacia de algunas nuevas técnicas de intervención con solvencia empírica pero escaso apoyo teórico.
- *Deben excluirse de forma razonable las posibles opciones alternativas:* quizás ésta sea la condición más difícil de cumplir. En muchas ocasiones la relación entre dos variables se debe al efecto común de una tercera que generalmente desconocemos o a algún juego de variables moderadoras que no podemos controlar. En cualquier caso, conviene hacer un esfuerzo razonable de búsqueda de hipótesis alternativas antes de consolidar una relación causal en nuestro modelo.

Asegurarse de que las relaciones supuestamente causales cumplen las condiciones mencionadas no asegura la certeza de la hipótesis, pero ayuda a no cometer errores de bulto al inferir relaciones causales en casos inverosímiles o imposibles.

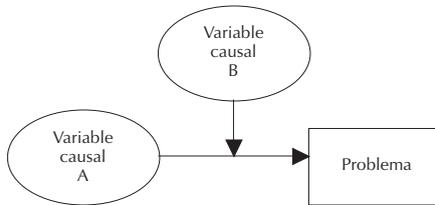
- *Univariadas:*



- *Multivariadas y recíprocas:*



- *Moderadoras:*



- *Cadenas causales, sencillas o complejas:*

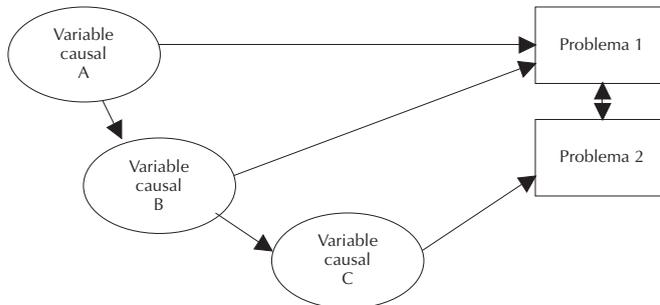


Figura 5.2. Tipos de relaciones causales en la EPC (a partir de Haynes y O'Brien, 2000).

En la figura 5.2 se presentan los tipos de relaciones causales más comunes en la EPC para facilitar su identificación.

Aunque los posibles esquemas de relaciones funcionales pueden ser literalmente infinitos, los ejemplos incluidos en el la figura pueden ayudar a comprender mejor los principales tipos de relaciones que conforman los modelos funcionales y de formulación clínica. Evidentemente, existen muchas posibles relaciones causales en cada caso clínico, pero la EPC debe interesarse, como es lógico, en las que implican variables importantes y controlables en cada caso en particular y cuya manipulación podría provocar un cambio clínicamente significativo para el paciente.

5.1.2. Límites de las relaciones causales

A pesar de que al principiante entusiasta puede parecerle que las relaciones causales son la solución a todos sus problemas y que resulta relativamente sencillo buscar una explicación para todos los casos clínicos posibles, la realidad es muy otra. Las relaciones causales están sujetas a una serie de limitaciones muy importantes y a condiciones de funcionamiento que las hacen algo más difíciles de manejar de lo que inicialmente puede parecer. Además, no es una labor sencilla identificar relaciones causales en los casos clínicos, y de mayor complejidad se reviste el necesario contraste de hipótesis que debe acompañar a esta labor, ciertamente especulativa. De nuevo seguimos a Haynes y O'Brien (2000) para resumir las limitaciones más importantes:

- *Las inferencias sobre las relaciones causales son subjetivas e hipotéticas:* las relaciones causales incluidas en los modelos de formulación clínica nacen del correcto desarrollo del proceso de EPC y del conocimiento psicológico acumulado y están sometidas a contraste. Sin embargo, también debe admitirse el peso de los errores de medida, la subjetividad del evaluador y del paciente y los errores de juicio clínico que se pueden haber cometido. El contraste de hipótesis ayuda a corregir y controlar muchos de estos posibles errores, pero nunca podremos asegurar que hemos controlado todas las fuentes de sesgos y errores implícitas en el proceso de EPC. La formulación podrá tener cada vez más grados de libertad en su contraste, pero, de acuerdo con la doctrina científica, nunca será verdadera: siempre será posible reformular el caso de acuerdo con otro punto de vista o con una nueva información.
- *Las relaciones causales tienen un dominio limitado:* las relaciones causales tienen un dominio o ámbito de actuación limitado. Las relaciones causales que funcionan en un contexto social o biológico pueden no funcionar en otro. Igualmente, las relaciones causales para una persona o grupo de personas no tienen por qué funcionar en otra persona o en otro grupo. Esta aparente limitación, lejos de suponer un inconveniente en la mayoría de los casos, añade una ventaja explicativa importante a los modelos al permitir explicar, por ejemplo, por qué cada persona reacciona de forma diferente en situaciones parecidas o por qué una persona actúa de manera tan dis-

tinta cuando se encuentra bajo los efectos de una droga o de un estado biológico determinado.

- *Las relaciones causales pueden expresarse en distintos niveles de especificidad:* ya se ha visto anteriormente que las relaciones entre las variables funcionan a distintos niveles, desde los macrosociales hasta las secuencias. La relación entre dos variables puede expresarse en cada uno de esos distintos niveles como fractales de la misma realidad. Una observación sociológica puede decirnos que una proporción muy alta de mujeres ha sufrido violencia sexual durante su infancia y, por tanto, una persona determinada puede tener cierta probabilidad de sufrir los efectos de ese tipo de sucesos. Un estudio del caso puede indicarnos que una paciente determinada sufrió una agresión sexual que le causa un malestar importante y problemas de funcionamiento psicológico en la actualidad. Un acercamiento mayor puede ayudarnos a identificar cómo el hecho de ver una película sobre violaciones puede hacer aparecer un episodio de ansiedad en esa misma mujer. Un análisis de secuencias, más molecular, puede identificar los pensamientos y las imágenes de agresiones que disparan las respuestas fisiológicas que se interpretan como malestar. En todos los casos la relación causal es la misma, solamente hemos cambiado el punto de enfoque de un nivel a otro.
- *Las relaciones causales son dinámicas:* las relaciones causales que se establecen para un momento determinado de la vida de una persona pueden, y de hecho lo hacen, cambiar con el tiempo. De esta forma, las formulaciones del caso siempre son dinámicas. Entre los factores que afectan a ese tipo de cambio pueden destacarse los siguientes:
 - Los efectos de la repetición de la exposición a la variable causal, como la habituación, la extinción o la sensibilización.
 - La limitación en el tiempo de los efectos de una variable causal; por ejemplo, el efecto de las drogas se mantiene durante un tiempo determinado en función de la dosis y de otros aspectos, mientras que los efectos de una ruptura sentimental se mantendrán en el tiempo de forma prolongada durante períodos diferentes en cada ocasión (como en la canción de J. Sabina, *Diecinueve días y quinientas noches*).
 - Hay cambios que proceden de otros cambios anteriores ocurridos en las variables moderadoras, no propiamente en las causales. Por ejemplo: un paciente puede superar una depresión derivada de una crisis económica gracias a la aparición de una nueva persona en su vida, situación que modifica todas las redes de apoyo y las actividades cotidianas y dota de nuevo significado a todos los problemas, incluidos los económicos.
 - Los cambios unidos a la maduración y envejecimiento de la persona. Por ejemplo: muchos de los trastornos de la personalidad parecen mejorar con la edad, sobre todo a partir de los 35 o 40 años. Las razones, aunque desconocidas, sugieren un efecto de la edad y de la maduración en la superación de los distintos problemas asociados a los trastornos.

- Los cambios impredecibles en factores personales o contextuales. Por ejemplo: la aparición de una enfermedad física grave puede cambiar todo un mapa de relaciones causales al modificar los significados de la mayoría de los sucesos personales. La emigración es un perfecto ejemplo de una ruptura muy importante en todas las relaciones de contingencia y de significado de la persona.
 - Los cambios en los procesos implicados. Por ejemplo: alguien puede comenzar a beber alcohol para superar su timidez y, posteriormente, el alcohol comenzará a crear dependencia y a modificar la causalidad del comportamiento de beber.
 - Los propios tratamientos psicológicos o farmacológicos, que persiguen precisamente modificar esas relaciones causales o, al menos, influir en su funcionamiento.
- *Las relaciones causales no son exclusivas*: el nivel de complejidad necesario para aproximarse a la explicación del comportamiento humano es muy elevado, como resultará obvio a cualquiera que alguna vez se haya enfrentado a dicha tarea. Las posibles causas de un comportamiento aparentemente sencillo implican modelos multivariados, multidimensionales, condicionales y dinámicos, además de poder expresarse en distintos niveles de especificidad de sus variables. Con esas condiciones se hace muy difícil pensar que los modelos causales de un caso puedan ser únicos y definitivos. Hay que admitir que pueden construirse distintos modelos igualmente útiles y explicativos para el mismo comportamiento o para el mismo caso clínico, pero no todos los posibles modelos formulables en un caso determinado son igualmente válidos y útiles. Parte de la labor del evaluador consiste en ajustar el nivel de especificidad del modelo y las variables implicadas al tipo de intervención prevista o posible en función de las distintas circunstancias que rodean cada intervención (por ejemplo: será mejor buscar modelos psicosociales para las intervenciones comunitarias y modelos personales para los casos clínicos individuales).
- *Las relaciones causales pueden no ser lineales*: los psicólogos tendemos a pensar que las relaciones entre variables siempre son lineales y sencillas, pero desde muy temprano en la investigación psicológica se puso de manifiesto que la mayoría de las relaciones eran curvilíneas o de difícil definición (por ejemplo: las leyes de Yerkes-Dodson sobre la relación entre activación y rendimiento, los efectos de primacía y recencia de Ebbinghaus, la ley de los valores iniciales en la psicofisiología, etcétera).

Haynes (1992) señaló algunos ejemplos de los tipos de relaciones no lineales entre variables en un modelo causal:

- En primer lugar, debe recordarse la importancia del *estado-fase* de cada variable en las relaciones causales. Todas las variables tienen un estado (valor de la variable en el momento en el que se evalúa) generalmente conocido y una fase (tendencia: los valores de la variable se encuentran ascendiendo o descendiendo en el momento de la evaluación) con gran frecuencia descuidada en la evaluación. Un valor medio en una variable de ansiedad no dispondrá de una interpretación com-

pleta si no conocemos si la tendencia de la ansiedad en los últimos días es a disminuir (la persona cada día se encuentra mejor) o a aumentar (la persona cada día se encuentra peor).

- *Sensibilidad a los valores de cada variable en el momento inicial* de su relación. El nivel de una variable al entrar en relación con otra puede afectar de forma definitiva, su relación. Por ejemplo: un suceso vital estresante, como la muerte de un familiar, no tendrá el mismo efecto si ocurre cuando la persona se encuentra psicológicamente bien y dispone de apoyo social que si se da cuando la persona está atravesando un episodio depresivo y su apoyo social ha desaparecido. En este sentido, hay que remarcar que niveles iniciales con pequeñas diferencias pueden provocar grandes distancias entre los efectos pasado algún tiempo.
- *Distinta sensibilidad en distintos períodos*. Las variables no actúan igual en los distintos momentos del desarrollo de la persona. La investigación en la Psicología del desarrollo ha puesto de manifiesto la existencia de ventanas en el desarrollo durante las cuales algunas variables tienen unos efectos especiales el caso del aprendizaje del lenguaje es uno de los mejores ejemplos al respecto.
- *Discontinuidad causal*. Las relaciones entre variables no tienen por qué ser continuas en el tiempo. En muchos casos, las relaciones ocurren solamente bajo ciertas circunstancias y no en otras. Una persona que haya sufrido un abandono en su infancia y haya logrado superarlo gracias a su integración en una familia de adopción puede disfrutar de muchos años sin dificultades psicológicas y ver aparecer de nuevo todos sus problemas al percibir que puede sufrir un nuevo abandono (por ejemplo: una ruptura sentimental o una enfermedad de su madre adoptiva).
- *Mesetas (plateaus) funcionales*. Algunas relaciones causales se mantienen estabilizadas o sin efecto mientras los valores de una variable se mantienen entre unos márgenes, pero actúan de forma evidente si aparecen cambios. Por ejemplo: una persona puede funcionar adecuadamente con un cierto nivel de recompensas sociales, pero se puede alterar mucho si este nivel baja o sube de los límites habituales.
- *Valores críticos o umbrales*. En las relaciones funcionales puede haber valores críticos que determinen que, por debajo de un cierto nivel, los cambios en una variable no tengan efectos en la otra, pero a partir de un umbral esos mismos cambios produzcan efectos claros. Un ejemplo sencillo tiene que ver con el uso de drogas: por debajo del umbral de intoxicación las sustancias no suelen alterar el comportamiento, pero por encima de dicho umbral los efectos se potencian.
- *Efectos parabólicos*. Este tipo de relación indica cómo pequeños cambios en la variable causal provocan efectos de un cierto tipo, mientras que valores mayores de la variable causal originan efectos diferentes o contrarios. La relación entre el consumo de alcohol y el funcionamiento sexual o entre la ansiedad y el rendimiento resultan perfectos ejemplos.

- *Relaciones log-lineales.* Se trata de relaciones que se ajustan a la representación de una relación logarítmica. Los vómitos de la bulimia o el uso de alcohol se han ajustado a este tipo de funciones en diversos trabajos de investigación.
- *Relaciones caóticas.* Indican relaciones causales entre variables de difícil ajuste a los modelos regulares. Un cambio en una variable causal puede provocar cambios irregulares pero predecibles (caóticos) en las variables dependientes. Por ejemplo: al definir los trastornos adaptativos, sabemos que algunas situaciones estresantes generan alteraciones importantes en las personas, pero no se han identificado patrones en dichas reacciones, que pueden ser de ansiedad, depresivas, maníacas, desorganizadas, problemas de salud, etc. Este tipo de relaciones pueden denominarse caóticas (sabemos que la relación existe, pero su forma es impredecible con los modelos habituales).

De esta forma, podemos anticipar que la búsqueda de relaciones causales entre la información descriptiva de un caso clínico es una de las tareas más complejas de la EPC. El psicólogo debe poner en marcha toda su pericia y habilidad para ir identificando posibles relaciones de los distintos tipos y tratar de someterlas a contraste para ir ganando progresivamente validez en su interpretación de la realidad. Mediante este proceso la EPC va volviendo gradualmente al enfoque molar con el que se inició y con el que terminará al establecer el modelo de formulación clínica del caso. Para ayudarse en este proceso, se han desarrollado distintas estrategias; aunque la evidencia empírica es muy baja para todas ellas, la coherencia teórica de alguna nos anima a resumirlas a continuación.

5.2. El análisis funcional de los problemas: hipótesis de origen y mantenimiento de cada problema

Como ya se ha avanzado, llega un punto en el proceso de EPC en el que se dispone de un cúmulo importante de información descriptiva que incluye la lista de problemas, el esquema de las secuencias para cada problema, una noción sobre el desarrollo seguido por cada uno de los problemas y se conocen los valores de las principales variables personales y contextuales implicadas. En este momento muy probablemente contamos también con un diagnóstico bastante ajustado a la realidad del caso. En algún momento las hipótesis de trabajo comienzan a quedarse pequeñas y percibimos la utilidad de contar con hipótesis más globales que puedan poner en relación todos los acontecimientos implicados, es decir, ha llegado la hora de pasar a realizar el análisis funcional de cada problema. De acuerdo con la terminología propuesta en el presente volumen, el análisis funcional de los problemas debe llegar a explicar el origen, curso y funcionamiento actual de cada problema de forma independiente y, a la vez, permitir hacer un pronóstico sobre la evolución de los mismos. En este sentido, nos vamos a concentrar en la necesidad de contar con una hipótesis de origen y otra de mantenimiento para cada uno de los problemas. En este nivel de análisis del proceso de EPC, la aportación teórica más relevante no es la de los modelos psi-

cológicos de los trastornos, que se ajustarán mejor a la formulación del caso, ya que pocas veces llegan a un nivel de especificación tan concreto, sino la de los principios y leyes que afectan a la dinámica del funcionamiento psicológico y social. Entre ellas cabe destacar la Teoría del aprendizaje social, la Psicología de las emociones, la Psicología del desarrollo, el funcionamiento de los procesos cognitivos básicos, la Psicología social y, en definitiva, todo el conocimiento acumulado por la Psicología y las ciencias afines sobre el funcionamiento psicológico del ser humano. Éste es, sin duda, uno de los momentos más difíciles del proceso de EPC, ya que el psicólogo no tiene pautas que seguir ni instrumentos que aplicar, sino que debe poner en marcha sus conocimientos generales de Psicología para tratar de encontrar unas hipótesis que ayuden a explicar cómo y por qué ocurre lo que, a estas alturas, ya sabemos que ocurre. En definitiva, se trata de identificar los tipos de procesos biológicos, psicológicos y sociales implicados en cada problema y las relaciones entre las variables implicadas en ellos. Para conseguir este objetivo, ya se ha dicho, no existen normas ni procedimientos tipificados a seguir, pero pueden hacerse algunas recomendaciones que han resultado útiles en la práctica clínica. A continuación se resumen algunas de las más eficaces empleadas tanto para las variables de mantenimiento como para las etiológicas y de curso.

Partimos en este punto de los esquemas de secuencias realizados y de toda la información descriptiva acumulada hasta este momento en el proceso de EPC. Con esta información presente, se incluye a continuación una serie de heurísticos que pueden ayudar a generar las hipótesis funcionales:

- En primer lugar, recomendamos llevar a cabo una *lectura y observación detallada de los esquemas y de las representaciones de las secuencias*. Es mejor organizar la información por escrito y de manera gráfica, de modo que se pueda tener presente toda la información a la vez. No debe confiarse en una representación cognitiva de la misma; generalmente la formulación de hipótesis en un caso clínico implica el manejo simultáneo o paralelo de más datos que los que puede procesar el sistema cognitivo humano. Una buena representación gráfica puede ayudar mucho en este momento.
- En segundo lugar, siempre es muy útil llevar a cabo un estudio detenido de los *parámetros y de las relaciones de contingencia* observados. De hecho, el establecimiento de una relación de contingencia entre dos acontecimientos nos obliga necesariamente a buscar algún tipo de relación entre ellos. Se trataría, en este momento, de especificar qué tipo de relación mantienen de acuerdo con las comentadas anteriormente. Igualmente, los cambios observados en la frecuencia, intensidad o duración en la aparición del problema deben tener alguna relación con la aparición o no de otros acontecimientos potencialmente relacionados con los problemas.
- En tercer lugar, se hace imprescindible iniciar un *análisis de la evolución del problema* que nos permita identificar relaciones funcionales. Debe atenderse a los sucesos vitales estresantes sufridos, a los tratamientos previos, a las mejorías y recaídas y, en general, a cualquier co-variación de sucesos y problemas.

- En cuarto lugar, debe acometerse la *identificación de variables*. La identificación de una variable y sus distintos niveles de funcionamiento en una secuencia determinada o en la información general del caso siempre tiene que aportar información para la formulación de hipótesis. Una vez identificada una variable y sus niveles, ha de buscarse su papel funcional de acuerdo con las especificaciones sobre este tipo de relaciones mencionadas.
- Dejamos para el último lugar el análisis más complejo, la *identificación de los procesos* biológicos, psicológicos y sociales implicados en el problema. Se trata de hacer un rastreo de los posibles procesos que pueden estar actuando en las secuencias o en el problema en general. Puede realizarse una lista muy amplia de procesos de este tipo. Remitimos al lector a los manuales de Psicología general y Psicología social para acercarse a ellos. A continuación se ofrece una lista, a modo de ejemplo, de los procesos implicados con mayor frecuencia en los problemas clínicos:

- Factores contextuales y situacionales (sobrecargas, déficit, apoyos sociales, aculturación, etc.).
- Estímulos discriminativos.
- Sucesos estresantes cotidianos.
- Jerarquías de respuesta simples, múltiples, complejas, etc.
- Variables de la persona (repertorios equivocados o deficitarios, estrategias de afrontamiento, etc.).
- Disfunciones en procesos cognitivos (atención, percepción, memoria, etc.).
- Disfunciones psicofisiológicas (patrones de respuesta alterados, fallos en procesos de retroalimentación, etc.).
- Automatismos (motores, fisiológicos, cognitivos o mixtos).
- Desarrollo histórico (problemas en el desarrollo, aprendizaje temprano, modelos, etc.).
- Sucesos vitales estresantes sufridos (agradables y desagradables).
- Relaciones de contingencia; asociaciones entre sucesos externos o internos (E-E, E-R, R-E o R-R).
- Encadenamientos de secuencias: estímulos discriminativos, ambientes facilitadores o entorpecedores, operaciones de establecimiento (*establishing operations*), cadenas de respuestas, etc.
- Principios básicos de aprendizaje (reforzamiento positivo, extinción, castigo, etc.).
- Narraciones e interpretaciones personales.
- Ideas disfuncionales y otros sesgos cognitivos.
- Relaciones personales disfuncionales.

A esta lista de potenciales procesos implicados puede añadirse un segundo grupo proveniente de los propios modelos psicopatológicos. Aunque este tipo de modelos suele funcionar mejor en el nivel de la formulación debido al tipo de variables y procesos que implica normalmente, en ciertas ocasiones presenta descripciones de procesos tan específicas que

las hacen susceptibles de ser identificadas en el análisis funcional de un problema dado. Es importante reseñar que el ajuste entre los datos actuales y el modelo no debe inferirse *a priori*, sino que hay que contrastar los puntos esenciales del modelo con los del caso antes de generar las hipótesis. En esta misma línea, aunque es prácticamente imposible que los problemas de un caso clínico publicado coincidan plenamente con los de nuestro paciente, un amplio conocimiento de la literatura sobre casos clínicos puede ayudar a identificar algunos de los problemas de éste respecto a los sufridos por otras personas. En muchas ocasiones ésta es una excelente fuente de hipótesis que ayuda a complementar la labor realizada por otros medios.

En definitiva, debemos ser capaces de generar un conjunto de hipótesis para cada uno de los problemas del cliente y someterlas a contraste. Dado que las estrategias de contraste de hipótesis son comunes para el análisis funcional de los problemas y la formulación clínica del caso, se detallan conjuntamente más adelante.

5.3. La formulación clínica del caso

Una vez que se dispone de la descripción completa y de los análisis funcionales de los problemas presentes, se está en disposición de acometer el objetivo central de todo el proceso de EPC: la formulación clínica del caso. De hecho, todo lo que hemos venido haciendo hasta el momento lo hemos llevado a cabo precisamente para poder llegar a este punto.

Como se ha avanzado, por formulación clínica del caso se entiende un conjunto de hipótesis funcionales que explican todos los problemas de la persona poniendo en relación toda la información disponible del caso. Para conseguir llevar a cabo este tipo de formulaciones clínicas se han propuesto distintos tipos de estrategias, que van desde las más estandarizadas o nomotéticas, hasta las más individualizadas o idiográficas. Como el lector puede anticipar, una vez más el punto de vista que se mantiene en este volumen es el más integrador posible en el sentido de utilizar todas las estrategias que puedan ser útiles al clínico en cada momento y de aplicación determinada. En los siguientes puntos se abordan algunas de las más importantes. Dado que no existe evidencia acerca de la mayor o menor utilidad de los distintos acercamientos a la hora de producir formulaciones de calidad, es responsabilidad del evaluador integrar las estrategias que le resulten más cómodas, útiles o conocidas en su labor cotidiana. La calidad final del proceso, como se ha repetido hasta la saciedad en este texto, vendrá determinada por el contraste de hipótesis, no por las herramientas empleadas, que como máximo aportarán mayor eficacia, facilidad y flexibilidad en el trabajo clínico.

5.3.1. Formulación a partir de modelos psicológicos de trastornos

La primera estrategia de formulación clínica que debe considerarse es la relacionada con la aplicación, más o menos directa, de los modelos psicológicos de cada trastorno a los casos

clínicos. Este tipo de estrategia puede ir desde las más rígidas en el sentido estructural hasta las posiciones más flexibles, pasando por diversos grados intermedios. Es evidente que para poner en marcha cualquiera de ellas el evaluador debe mantener al día un amplio conocimiento de los modelos explicativos de los trastornos psicológicos y de salud mental que hayan podido reunir una evidencia empírica importante.

En el polo más rígido se sitúan las alternativas de intervención más coincidentes con los enfoques psiquiátricos biologicistas y los enfoques psicológicos de intervenciones con base empírica más radicales. En ambos casos se establece un sistema diagnóstico supuestamente empírico y completo, el DSM-IV-TR o la CIE-10, se realiza un modelo teórico que explique la psicopatología de la persona (biologicista o cognitivo conductual habitualmente), se lleva a cabo un estudio clínico de la eficacia (sólo en algunas ocasiones de la efectividad) de distintos tratamientos y se deciden los tratamientos más eficaces en el laboratorio. El trabajo clínico se reduce a asignar un diagnóstico a la persona mediante herramientas sistematizadas al uso y aplicar el tratamiento de elección para ese trastorno siguiendo un manual. La formulación no llega a hacerse explícita en cada caso, sino que queda implícita y es la utilizada en los trabajos de modelización psicopatológica que guiaron la investigación. Este enfoque aparentemente sencillo ha dado sus mejores frutos en el trabajo psiquiátrico con farmacología ajustada a los diagnósticos o a la inversa (trastorno de pánico y algunos fármacos antipánico, por ejemplo), pero también comienza a darlos en los tratamientos psicológicos con base empírica. Existe cierta polémica respecto a la utilidad de este tipo de estrategias de funcionamiento clínico y una evidencia hasta cierto punto contradictoria o engañosa. Posiblemente el mejor trabajo de investigación realizado hasta la fecha en apoyo de este tipo de funcionamiento sea el Proyecto Bochum de Terapia de la Ansiedad (Schulte *et al.*, 1992), en el que se selecciona una muestra de 120 personas con diagnósticos DSM-III de fobia (78% agorafobia) y exclusión de otros trastornos. Todos los casos tienen una gravedad importante y han recibido tratamientos previos. Se hacen tres grupos: uno con tratamiento de manual, otro con análisis funcional y tratamiento individualizado y un tercero en el que los pacientes reciben un tratamiento pareado con los del grupo dos, es decir, con los mismos tratamientos pero, lógicamente, sin relación directa con los problemas del paciente. Los resultados se miden de forma multivariada y presentan datos muy negativos para el análisis funcional. Todos los grupos llegan al mismo nivel de mejoría, pero el grupo estandarizado lo hace antes. Estos datos parecen concluyentes y se ahorran tiempo y dinero eliminando la fase de formulación de la evaluación individual. Sin embargo, los resultados pueden ser menos concluyentes de lo que parece o llegar a ser inaplicables en la clínica cotidiana debido a distintos factores:

- No se hicieron revisiones de los análisis funcionales realizados. Los clínicos tenían un entrenamiento de solamente nueve casos tratados con anterioridad.
- Los terapeutas pudieron recibir mejor entrenamiento en las terapias de manual que en las individualizadas, siempre menos predecibles.
- Se eliminaron todos los dobles diagnósticos, los más frecuentes en la clínica real.

- Se escogió una patología para la que el tratamiento es muy claro y sencillo (exposición y control de autoverbalizaciones), pero la situación no es tan clara en la mayoría de los demás trastornos psicológicos.
- Incluso en esos casos las jerarquías de exposición y los diálogos de autoverbalizaciones debieron ajustarse a las situaciones y condiciones de cada persona.
- No se consideraron los abandonos, causa más frecuente de fracaso en la práctica real.

En cualquier caso, y pese a las limitaciones comentadas, este tipo de trabajos pone de manifiesto, por un lado, la utilidad de dirigir la investigación en función de categorías y esquemas de tratamiento sistemáticos y, por otro, la precaución que debe ponerse en la aplicación de la formulación de casos clínicos y la necesidad de considerar la integración de ambos enfoques.

En un esfuerzo de investigación por reunir ambas formas de trabajo, McNight *et al.* (1984) comprobaron cómo en personas con un mismo diagnóstico de depresión pueden identificarse variables causales predominantes, en su caso, déficit de habilidades sociales, ideas irracionales o una mezcla de ambas. Utilizando un diseño de tratamientos alternativos, demostraron que en las personas con problemas de habilidades sociales los entrenamientos en este tipo de habilidades son más eficaces que la terapia cognitiva, mientras que los casos en los que existía una predominancia de problemas cognitivos las conclusiones son inversas: responden mejor a la terapia cognitiva. Se han publicado resultados similares con distintos trastornos, como los problemas interpersonales o los trastornos de ansiedad.

De esta manera, parece demostrarse la utilidad de ambas estrategias, la de dirigir la evaluación y el tratamiento por grandes categorías diagnósticas, que finalmente se personalizan en la aplicación individual al caso clínico. Dietmar Schulte (1997), autor principal del proyecto Bochum, nos propone como conclusión de su trabajo la necesidad de integrar ambos tipos de estrategias en el trabajo clínico y ofrece un esquema para llevarlo a cabo. En la figura 5.3 se ajusta el esquema de Schulte al modelo de EPC que se viene proponiendo en el presente texto.

Las ventajas de utilizar ambos tipos de acercamiento en la EPC son muy importantes:

- Los criterios diagnósticos aportan guías de búsqueda de información con base empírica.
- La consideración de los modelos psicológicos aumenta la validez de contenido de las hipótesis propuestas.
- La validez de constructo de las hipótesis ideográficas se ve apoyada por las bases empíricas de las configuraciones de criterios diagnósticos y por la aportación empírica de los modelos psicológicos contemplados.
- La selección de tratamientos se facilita y justifica con mayor base empírica, a la vez que los programas estandarizados de tratamiento se ajustan y optimizan para cada persona.

— Es posible integrar y conjugar los programas estandarizados con las variables personales y situacionales que funcionan en cada caso (barreras para la intervención, estadios de cambio, apoyo social, significado cultural, etc.).

Avanzando un paso más en esta dirección, algunos autores han realizado propuestas generales para la formulación que tratan de establecer, de forma más sistemática, los vínculos entre ambos tipos de acercamientos. Son los denominados modelos generales de formulación clínica, que se abordan en el siguiente punto.

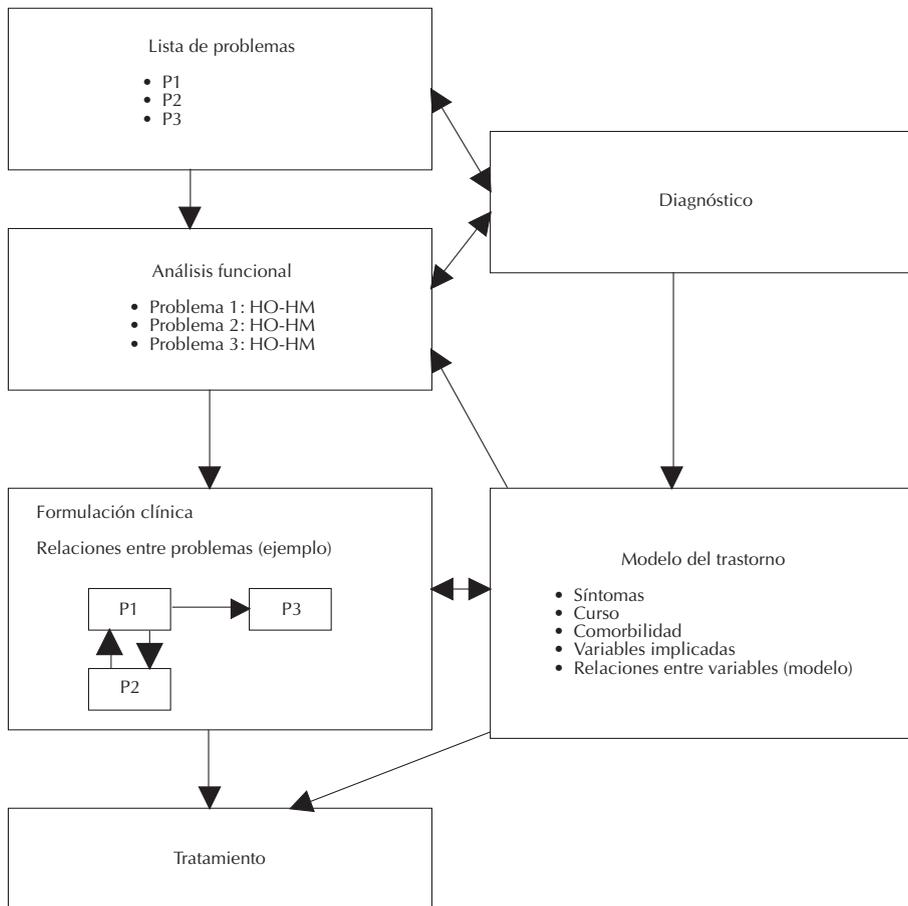


Figura 5.3. Análisis funcional, formulación clínica y modelos teóricos de trastornos, a partir de Schulte (1997).

5.3.2. Modelos generales de formulación clínica

A pesar de la falta de investigación al respecto, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX se han ido proponiendo diversos acercamientos generales a la formulación clínica. Los distintos autores proponen pautas para llevar a buen fin una formulación de un caso clínico, modelos complejos que tratan de ordenar la formulación sobre la base de modelos teóricos y estrategias instrumentales que intentan servir de ayuda en los procesos de formulación clínica, idealmente, desde cualquier marco teórico. Desde los trabajos iniciales de Meyer (1957) y, de forma más empírica, el de Seitz (1966), se ha recorrido un largo camino que parece haber comenzado a dar los primeros frutos en la última década del siglo pasado, en la que se incrementó de forma importante el número de publicaciones centradas o que requerían con urgencia la aplicación de esquemas de formulación clínica que permitiesen entender los casos desde la perspectiva individual. Este enfoque, que había sido defendido durante más de un siglo por toda la Psicología clínica, parecía estar en peligro debido a la creciente importancia de los esquemas diagnósticos y las terapias de manual. Por otra parte, la creciente convergencia entre enfoques parecía crear el ambiente óptimo para la consideración de este tipo de estrategias de forma más pausada que en las décadas anteriores. El excelente trabajo de Tracy D. Eells (1997), que compila los acercamientos a la formulación más importantes de los últimos años, se ha convertido en una obra de referencia en este ámbito y ha servido para acercar posiciones y pareceres entre los distintos autores. En la misma línea, debe remarcarse la labor editorial de Stephen N. Haynes desde la dirección del *Psychological Assessment* de la APA.

Aunque, como hemos visto, la expresión formulación clínica nace en las tendencias dinámicas, todos los demás acercamientos clínicos han terminado por proponer modelos de formulación; en el cuadro 5.3 se recogen algunos de los propuestos hasta el momento. Se han reunido los principales esquemas psicoanalíticos por considerar que su aportación no es tan instrumental como teórica. Los enfoques configuracionales e interpersonales se han diferenciado por haber aportado una mayor evidencia empírica. Los modelos cognitivo-conductuales se han diferenciado por aportar herramientas diferenciadas en cada caso. El lector observará que no se han incluido en el cuadro algunos enfoques cognitivo-conductuales, humanistas o dinámicos (Plan Análisis-Caspar, 1995; Formulación del caso-Barlow y Durand, 1995; Método idiográfico de formulación de conflictos-Perry, 1994; Terapia procesual-experiencial-Greenberg, Rice y Elliot, 1993; Método de planificación de la formulación-Weiss, 1993) por considerar que, o no añaden demasiado a los citados, o no tienen un apoyo teórico o empírico tan importante en la actualidad. El modelo de Linehan (1993) y otros posibles relacionados con los trastornos de la personalidad se han tratado en profundidad en otros lugares (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002). Se han evitado igualmente los modelos centrados en la Psicología infantil (Herbert, 1998; Lane, 1998).

Se remite al lector a los trabajos de Eells (1997), Bruch y Bond (1998) o Hersen y Porzelius (2001) para un estudio en detalle de los modelos citados. En un texto de este estilo ni podemos ni seguramente debemos abordar una explicación detallada de todos los modelos y enfoques propuestos. Nos interesa más destacar los que hayan aportado herramientas

Cuadro 5.3. Principales propuestas para la organización de la formulación clínica.

Modelos	Marco teóricos	Aplicaciones
Modelos de formulación psicoanalíticos (Messer y Wolitzky, 1997): <ul style="list-style-type: none"> • Tradicionales • Patrones centrales de relaciones conflictivas (Luborsky, 1977) 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos freudiano tradicional • Relaciones objetales • Psicología del <i>self</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psicológicos • Relaciones interpersonales • Conflictos de angustia • Depresión
Análisis configuracional (Horowitz y Eells, 1997)	Teoría de los esquemas personales: <ul style="list-style-type: none"> • Estados de la mente • Esquemas personales • Control de ideas y afectos 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones interpersonales • Autoconcepto • Concepto de los otros • Trastornos de personalidad
Terapia interpersonal (Klerman y Weissman, 1993)	Terapia interpersonal: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios de rol • Pérdidas y duelos • Conflictos de rol 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del estado de ánimo • Trastornos por uso de sustancias
Formulación cognitivo-conductual (Persons, 1993)	Modelos de depresión y ansiedad de A. Beck: <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas • Actitudes disfuncionales • Sucesos vitales 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad
Terapia dialéctica de conducta (Linehan, 1993)	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento en fases • Regulación emocional • Principios de aprendizaje y terapia de conducta • Patrones conductuales y dilemas que entorpecen el cambio • Orientación dialéctica al cambio 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de personalidad (límite y suicidios)
Modelo del <i>University College of London</i> (UCL) (Meyer, 1957) (Wolpe y Turkat, 1985) (Bruch, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación conductual • Terapia de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psicológicos • Problemas psicológicos
Entrevista de evaluación funcional culturalmente informada (Tanaka-Matsumi, Seiden y Lam, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Identidad cultural • Estrés por aculturación • Evaluación funcional 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas clínicos con personas de diferentes marcos culturales
Modelo de formulación clínica conductual dimensional (Castro y Greiff, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de formulación clínica conductual dimensional 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psicológicos • Problemas psicológicos

(.../...)

Cuadro 5.3. (continuación).

Modelos	Marco teóricos	Aplicaciones
Mapa clínico psicopatogénico (Nezu y Nezu, 1989)	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de conducta • Modelo biopsicosocial 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psicológicos • Problemas psicológicos
Modelo causal analítico funcional (Haynes y O'Brien, 1990)	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de conducta • Evaluación conductual • Modelo biopsicosocial 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psicológicos • Problemas psicológicos

y estrategias prácticas que ayuden a la formulación desde cualquier enfoque o modelo psicopatológico que pueda reunir cierta evidencia empírica. Igualmente, no hay que ocultar que nos interesan más los acercamientos que permiten avanzar las formulaciones de los casos a partir de los análisis descriptivos de las secuencias y el desarrollo de los problemas y que fomentan la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

De esta forma, vamos a detenernos brevemente en los modelos del UCL (Meyer, 1957; Wolpe y Turkat, 1985; Bruch, 1998) por su visión dinámica y su papel pionero; en los de Solución de problemas y Mapa patogénico (Nezu y Nezu, 1989) por su propuesta de herramientas específicas; en los cognitivos (Persons, 1993) por la organización de las variables y, especialmente, en los de Haynes y O'Brien (1990) por el esfuerzo integrador y de organización global desarrollado.

- *Modelo del UCL (Meyer, 1957; Wolpe y Turkat, 1985; Bruch, 1998)*

El modelo de formulación clínica del UCL, como ya se ha avanzado, fue propuesto inicialmente por Meyer y ha sido desarrollado por algunos de sus alumnos, como Turkat o Bruch. La propuesta de Meyer tiene aspectos de verdadero interés y puede servir, como es el caso de este texto, para ayudar a organizar todo el proceso de EPC.

Para este grupo de autores la formulación clínica trata de desarrollar “teorías clínicas” de los problemas individuales desde el marco conceptual del enfoque cognitivo conductual delimitando lo que ellos denominan un acercamiento científico al caso clínico. Para conseguir este objetivo, como en todos los desarrollos de teorías científicas, debe recogerse información relevante, desarrollar hipótesis ajustadas a los datos y contrastarlas. Además de otras ventajas, este último punto convierte a este enfoque en pionero del acercamiento metodológico que ha ido desarrollándose en los últimos años (Silva, 1989) y que se sigue en este volumen.

El modelo incluye un proceso de evaluación en cinco fases que se superponen entre sí y demarcan un sistema dinámico de evaluación:

- *Fase I. Definición de los problemas (análisis descriptivo)*: se trata de identificar los problemas de la situación personal del paciente y entenderlos desde su punto de vista. Posteriormente se clarifican los objetivos del paciente y del terapeuta y finalmente se especifican los problemas en la lista de problemas. En esta fase el evaluador debe crecer en su conocimiento y sensibilidad hacia los problemas del paciente para poder entender mejor la situación.
- *Fase II. Análisis funcional*: el evaluador trata de generar las hipótesis funcionales que parecen causar y mantener cada uno de los problemas del cliente. Para ello se lleva a cabo un proceso de evaluación multinivel que incluye: análisis del funcionamiento actual (secuencias que engloban aspectos ambientales, motores, fisiológicos y cognitivos), del desarrollo, de esquemas cognitivos y otros datos adicionales, como los recursos positivos del cliente. Finalmente, las hipótesis generadas se someten a contraste mediante la búsqueda de información.
- *Fase III. Formulación*: esta fase, continuación lógica de la anterior, intenta crear una teoría clínica que:
 - Ponga en relación todos los problemas y quejas del cliente.
 - Explique por qué la persona ha llegado a desarrollar esos problemas.
 - Ofrezca predicciones respecto al comportamiento del cliente ante ciertos estímulos determinados.

Idealmente, la formulación debe ofrecer respuestas a las preguntas: ¿Por qué esta persona en un momento determinado de su vida ha desarrollado la queja actual? ¿Cómo se ha desarrollado el problema? ¿Qué condiciones son instrumentales? ¿Cuál es el valor funcional del problema en la vida del paciente en general? El otro objetivo de toda formulación es ayudar a diseñar un tratamiento; en ese sentido, la formulación debe ofrecer las claves para organizar el resto de la intervención al identificar las variables independientes sobre las que debe actuarse.

La parte más novedosa y metodológicamente más importante del enfoque resalta la necesidad de, una vez generada la formulación, someterla a un contraste en experimentos o semiexperimentos clínicos, es decir, de contrastar el conjunto de hipótesis hasta convencernos de su calidad. La práctica de este contraste de forma *a priori* o previa al tratamiento diferencia este acercamiento de todas las demás propuestas previas (y de muchas de las posteriores) y le dota de unos criterios de calidad excelentes. De hecho, convierte el proceso de formulación en un procedimiento de validación del constructo (la hipótesis) que otorga al proceso la máxima calidad (Silva, 1989).

Una vez que se cuenta con una formulación y antes de iniciar el tratamiento, los autores recomiendan que se devuelva la información al cliente y se utilice este método como contraste final del modelo. Más adelante volveremos sobre este punto en este mismo capítulo.

- *Fase IV. Intervención*: tras establecer los niveles de línea base o basales de cada problema, se comienza propiamente el tratamiento. En primer lugar se especifican los

procedimientos y las técnicas a emplear durante el tratamiento y el plan de actuación. Después se establece un contrato con el paciente que sienta las bases de la intervención y ayuda a conseguir la adherencia al tratamiento y la cooperación del cliente en él. Por último, el programa se pone en marcha con un sistema continuado de monitorización de los cambios conseguidos que garantice el correcto cumplimiento de los objetivos propuestos o indique lo antes posible la necesidad de corregir el tratamiento o, en última instancia, reformular el caso.

- *Fase V. Evaluación:* los autores recuerdan la importancia de establecer una medida del cambio o resultados del tratamiento que permitan evaluar la efectividad de la intervención, para lo cual se evalúan los resultados. Las ganancias son apoyadas y mantenidas, se optimiza el programa y se delimitan, si es necesario, nuevos objetivos. Se realiza una evaluación de seguimiento para consolidar el progreso obtenido.

De esta forma, este grupo de autores ha consolidado uno de los enfoques más interesantes en el panorama de la EPC y de la formulación en particular que, aunque con ventajas muy notables, presenta también, desde nuestro punto de vista, algunas limitaciones. Entre ellas pueden destacarse las siguientes: el enfoque abusa de la entrevista como método casi único de evaluación, no se establece una relación con los enfoques psicométricos de la evaluación psicológica, se infravaloran algunos determinantes biológicos, no se establecen vínculos con los enfoques modernos de diagnóstico ni psicopatológicos y no se especifican los mecanismos ni las fuentes de hipótesis, lo que dificulta enormemente el trabajo conceptual del caso. Algunos de los acercamientos que se revisan a continuación ofrecen respuestas para la mayoría de estas limitaciones; de ahí que se defienda una integración de los distintos enfoques de la formulación a lo largo del presente texto.

- *Solución de problemas y Mapa patogénico (Nezu y Nezu, 1989)*

Los programas de Solución de problemas sociales fueron desarrollados por Thomas D’Zurilla en las décadas de los 70 y 80 del siglo pasado (D’Zurilla y Goldfried, 1971; D’Zurilla, 1986) para su aplicación a la clínica psicológica. Uno de sus antiguos alumnos de doctorado en Stony Brook, Arthur M. Nezu, ha aplicado algunos de los principios básicos de dicho entrenamiento a la formulación clínica (Nezu *et al.*, 1997).

Nezu describe la terapia como un proceso de solución de problemas a través del cual el terapeuta soluciona los problemas presentados por el cliente. En este proceso, el terapeuta utiliza las cinco fases esenciales de las técnicas de solución de problemas adaptadas al proceso clínico:

1. *Orientación hacia el problema:* el psicólogo debe orientarse hacia los problemas del cliente y tratar de identificar la lista de problemas. En esa orientación deben tenerse en cuenta los determinantes de los problemas psicológicos, en especial la multicausalidad y la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales.

2. *Definición del problema (y formulación)*: el psicólogo realiza en este punto un análisis personalizado de los problemas del paciente. Lleva a cabo una formulación del caso. En ese proceso deben emplearse todas las estrategias de la evaluación conductual y ha de aplicarse el marco cognitivo-conductual. Es el punto que presenta mayor coincidencia con lo tratado en el presente volumen hasta el momento, especialmente en el capítulo sobre el análisis descriptivo. La formulación puede plasmarse en lo que Nezu denomina el Mapa clínico psicopatogénico (MCP), que veremos más adelante.
3. *Generación de alternativas*: el terapeuta puede emplear todo tipo de recursos, incluidas las tormentas de ideas, para generar alternativas. Habrá que considerar dos tipos de alternativas: las variables meta sobre las que actuar (tomando como guía el MCP) y las alternativas de tratamiento. Es decir: este punto se centra más en el diseño del tratamiento y resultan de gran utilidad las estrategias comentadas en el presente texto en el capítulo correspondiente a la planificación del tratamiento.
4. *Toma de decisiones*: como conclusión lógica de la etapa anterior, en este punto el clínico selecciona y decide la mejor estrategia de todas las alternativas anteriores. Debe recordarse la conveniencia de combinar tanto como se pueda las alternativas nacidas en la fase anterior.
5. *Ejecución de la solución elegida*: el psicólogo, de acuerdo con el cliente, pone en marcha el plan terapéutico diseñado. En este punto resulta especialmente importante recordar la necesidad de evaluar el curso y los resultados de la intervención para poder tomar las decisiones adecuadas en cada caso. El proceso vuelve a comenzar según se va recogiendo información que modifica o altera el esquema inicial de funcionamiento diseñado.

Como se ha adelantado, Nezu y Nezu (1989) proponen distintas estrategias de ayuda para la formulación clínica. Las más importantes son: el mapa multidimensional para la evaluación, que coincide con las directrices típicas de la evaluación cognitivo-conductual en lo relativo al tipo de sucesos implicados, el mapa para la consecución de metas terapéuticas, que orienta acerca de los objetivos del tratamiento y el MCP, diseñado para la realización de la formulación clínica. En el presente volumen nos interesa destacar este último instrumento. El MCP es un diagrama de flujo derivado de los análisis de pasos (*Path analysis*) o de los modelos causales que organiza las relaciones identificadas entre los distintos factores implicados en la formulación: sucesos vitales estresantes, estímulos relevantes, factores de la historia personal y problemas conductuales. El MCP resume gráficamente los elementos principales de la formulación ayudando a lograr una mejor comprensión de las variables implicadas y de las relaciones que guardan entre ellas. Debe señalarse que el número de variables y el tipo de relaciones implicadas en una formulación clínica dificulta la realización de este tipo de resúmenes mediante narrativas, ya que es complejo redactar una formulación. Más adelante volveremos sobre este punto. En la figura 5.4 se ofrece un ejemplo adaptado de Nezu y Nezu (1989) que refleja el caso de un paciente con problemas depresivos.

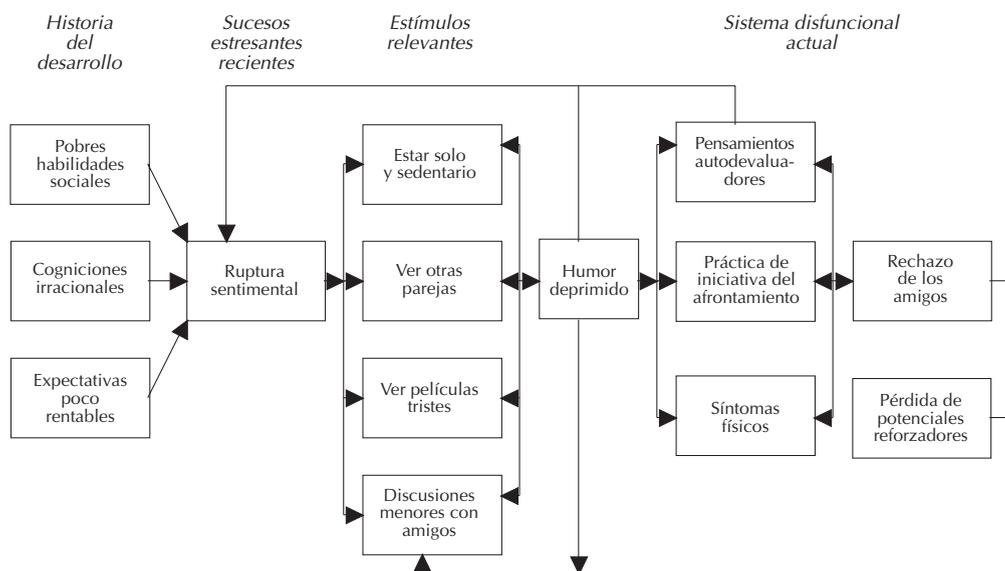


Figura 5.4. MCP de un caso de depresión (Nezu y Nezu, 1989).

El MCP se utiliza como un modelo ideográfico de trabajo que recoge las principales dificultades del cliente y que, como tal, debe ser modificado según se conozcan nuevos datos o se transformen las variables o sus relaciones, por ejemplo con el tratamiento. En términos generales, el MCP es una hipótesis de trabajo o de formulación que debe contrastarse con otras posibles hipótesis alternativas.

El MCP proviene y refleja completamente el enfoque cognitivo-conductual y puede llegar a ser una herramienta muy útil en la organización de la información de la formulación. Los ejes de organización permanecen constantes, pero los contenidos y el número de casillas representan los problemas del cliente y nunca pueden estar predeterminados, es decir, el esquema es lo suficientemente flexible como para poder integrar en él gran parte de los modelos psicopatológicos actuales y de las situaciones clínicas más frecuentes. Sin embargo, podemos encontrar esquemas con mayor calado teórico y estrategias de funcionamiento más ajustables a las particularidades de cada caso.

- *Modelo cognitivo (Persons, 1993)*

Jacqueline Persons (1993) ha propuesto el que denomina Modelo cognitivo conductual de formulación del caso. El modelo ha sido recogido en diversas publicaciones y en una serie de vídeos editados por la APA, de los que no se ha realizado una versión en espa-

ñol hasta el momento. La formación de Persons se enmarca en el grupo dirigido por Aarón Beck en torno a los planteamientos cognitivos de la depresión y los trastornos de ansiedad. De esta forma, junto al interés por el análisis funcional, se enfatiza el papel causal de las cogniciones en los problemas psicológicos. Siguiendo las directrices básicas de la evaluación, el modelo incluye aspectos descriptivos (estructurales) y de funcionamiento (funcionales) de las principales variables implicadas. Como se puede observar en el cuadro 5.4, el modelo tiene siete componentes en la formulación y su especificación se hace de forma narrativa en cada capítulo. Ocasionalmente pueden emplearse diagramas de flujo, pero no es lo habitual.

Cuadro 5.4. *Formulación cognitivo-conductual (Persons, 1993).*

Información de identificación
Lista de problemas:
1.
2.
3.
4.
5.
...
Creencias centrales (actitudes disfuncionales)
Situaciones precipitantes o activantes
Hipótesis de trabajo
Orígenes
Plan de tratamiento:
• Metas
• Técnicas de intervención
Obstáculos previstos para el tratamiento

De forma breve, los componentes pueden definirse como sigue:

— *Lista de los problemas conductuales:* de acuerdo con las especificaciones dadas en lo relativo a la lista de problemas, este punto debe especificar de forma comprensiva y

específica la lista de todos los problemas que hayamos podido identificar en la situación vital del paciente.

- *Creencias centrales*: se refiere a las creencias centrales del paciente acerca de sí mismo, de los otros y del mundo, la conocida tríada de Beck. Desde el inicio de la evaluación el terapeuta debe comenzar a identificar estas creencias y su papel causal en los problemas del cliente.
- *Situaciones precipitantes y activantes*: el evaluador debe buscar e identificar las principales situaciones y los sucesos que activan las creencias centrales del cliente y desembocan en los problemas, generalmente los antecedentes de los problemas o algunos sucesos estresantes, vitales o cotidianos, en particular.
- *Hipótesis de trabajo*: tiene que especificar las relaciones existentes entre los problemas de la persona, especificados en la lista de problemas, las creencias centrales y las situaciones que las activan para dar cuenta de la situación actual del cliente. Estas hipótesis guían el resto de la evaluación y el tratamiento.
- *Orígenes*: la formulación tiene que incluir un segmento dedicado a los orígenes y a la formación de las creencias disfuncionales. Siguiendo a Beck, la autora remarca el papel de las experiencias tempranas y el aprendizaje, en especial las que tienen que ver con las relaciones con los padres u otras figuras significativas en la infancia del paciente.
- *Plan de tratamiento*: la autora lo incluye como una parte más de la formulación para remarcar la estrecha relación existente entre la formulación y el tratamiento. El segundo debe derivarse de la primera de forma directa y precisa. En nuestro caso, seguimos un esquema similar sumándonos a los autores que prefieren poner pocas fronteras entre la evaluación y el tratamiento psicológicos.
- *Obstáculos previstos al tratamiento*: utilizando la información disponible, el psicólogo intenta prever los posibles obstáculos para el correcto desarrollo del tratamiento y el éxito terapéutico. Se trata de las posibles situaciones que, de ocurrir, perjudicarían la intervención o el tipo de relaciones terapeuta-cliente, que podrían llegar a ensombrecer o imposibilitar los avances terapéuticos.

El sistema propuesto por Persons nos coloca ante un esquema guiado por una teoría muy concreta que, aunque central en la consideración actual de algunos problemas, no completa el universo de posibilidades explicativas y situacionales de la clínica psicológica. Esta limitación se hace muy evidente cuando desde el inicio se sitúan las variables cognitivas las creencias en el plano central de toda la formulación, descuidando los aspectos biológicos y sociales presentes incluso en los problemas depresivos. Aun así, el modelo sirve de guía para la integración de modelos teóricos nomotéticos en formulaciones idiográficas y, en ese sentido, es un perfecto ejemplo de actuación. La traslación de este tipo de estrategias a otros modelos psicopatológicos generales ayudaría en gran medida a su aplicación clínica personalizada y a la planificación individualizada de los tratamientos de manual, que, como se ha visto, es uno de los objetivos de la psicoterapia del siglo XXI.

- *Modelo causal analítico-funcional (Haynes y O'Brien, 1990)*

La línea de trabajo seguida por Stephen N. Haynes, de la que ya se han incluido algunos aspectos en el presente volumen, ha desembocado en el desarrollo de una herramienta de expresión de las relaciones entre las variables implicadas en un caso dado. Se propone la utilización de un instrumento para ayudar a generar y expresar el conjunto de hipótesis que denominamos formulación. Haynes llama a este procedimiento análisis funcional. Ya se ha comentado cómo, en nuestro caso, preferimos hablar de formulación clínica cuando nos referimos a estrategias generales que engloban toda la información del caso y no sólo la de un problema determinado. Haynes y O'Brien (1990) denominaron esta herramienta Modelo causal analítico-funcional. Este modelo emplea diagramas de flujo para ayudar a clarificar las relaciones causales y no causales entre las variables implicadas en el análisis funcional, por lo que se trata de un modelo visual que ayuda a organizar toda la información disponible del paciente y a expresar todas las hipótesis de forma conjunta en una formulación clínica del caso. Este tipo de modelos, que provienen de los modelos matemáticos causales y de la geometría de vectores, facilita enormemente los medios para estimar la fuerza de la relación entre las variables antecedentes, consecuentes, covariables, mediadoras y mantenedoras de los problemas. Esto, a su vez, ayuda al clínico a estimar mejor el tamaño del efecto de las distintas intervenciones posibles. En la figura 5.5 se resumen las principales normas propuestas por los autores para el diseño de este tipo de modelos causales.

Como puede observarse, se especifican los tipos de variables implicadas distinguiendo entre los niveles de modificabilidad de las que resultan modificables y aquellas otras inmodificables, y se establece la dirección y la fuerza de la relación hipotetizada entre las variables. De esta forma, este tipo de modelos puede integrar la mayoría de la información relativa al caso. Para facilitar la mejor comprensión de su utilidad se recoge a continuación (figura 5.6) un ejemplo facilitado por Haynes (1993) relativo al modelo causal de un adolescente que acude a consulta por problemas depresivos. Independientemente de que el paciente cumpliera los criterios diagnósticos DSM-III-R de la depresión mayor, Haynes establece un juego de relaciones entre las variables implicadas que ayudan a entender mejor el caso y a diseñar un tratamiento más personalizado.

Los Modelos causales analítico-funcionales suponen una herramienta útil y del máximo interés en el desarrollo de las formulaciones clínicas. A diferencia de la mayoría de los demás modelos de formulación propuestos, el de Haynes no proviene de ninguna teoría psicopatológica determinada, sino de un enfoque metodológico que trata de buscar y establecer relaciones causales entre las distintas variables implicadas en cada caso. Esto permite que los modelos causales puedan servir de enlace con los modelos psicológicos específicos de cada trastorno ayudando a conjugar las estrategias nomotéticas (del modelo) e idiográficas (del caso) en cada formulación. Se utilizan todos los datos disponibles sobre el caso y se emplean todas las estrategias de evaluación, con énfasis en las más empíricas pero sin establecer una exclusividad de las mismas. Se admite todo tipo de variables y se anima al clínico a buscar todo tipo de relaciones entre ellas (lineales, curvilíneas, de estado-fase, etc.). El

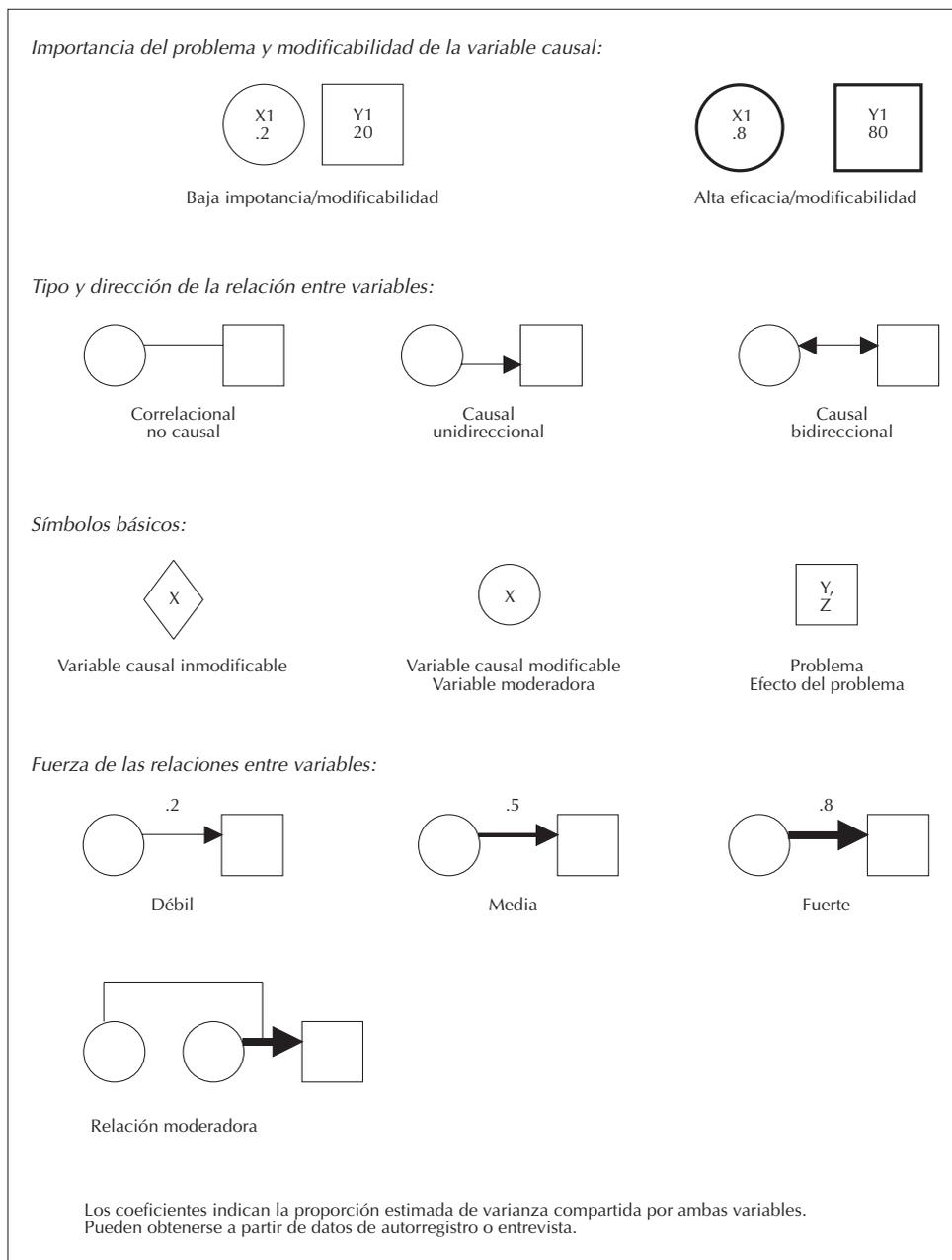


Figura 5.5. Normas para la realización de diagramas de modelos causales siguiendo el esquema de Haynes (1993).

modelo (la formulación) es dinámico y no exclusivo, es decir, la formulación debe ajustarse a los cambios que van ocurriendo en la vida de la persona y a los nuevos conocimientos que vayamos adquiriendo sobre el caso y, a la vez, ha de admitirse que un modelo de formulación puede ser útil sin necesidad de ser exclusivo. Distintos evaluadores podrían llegar a formular un caso dado de la misma forma, pero esto no es imprescindible para garantizar la efectividad de los tratamientos. Los autores mencionan también la conveniencia de someter los modelos causales a algún tipo de estrategia de contraste que establezca la calidad de las hipótesis incluidas en ellos.

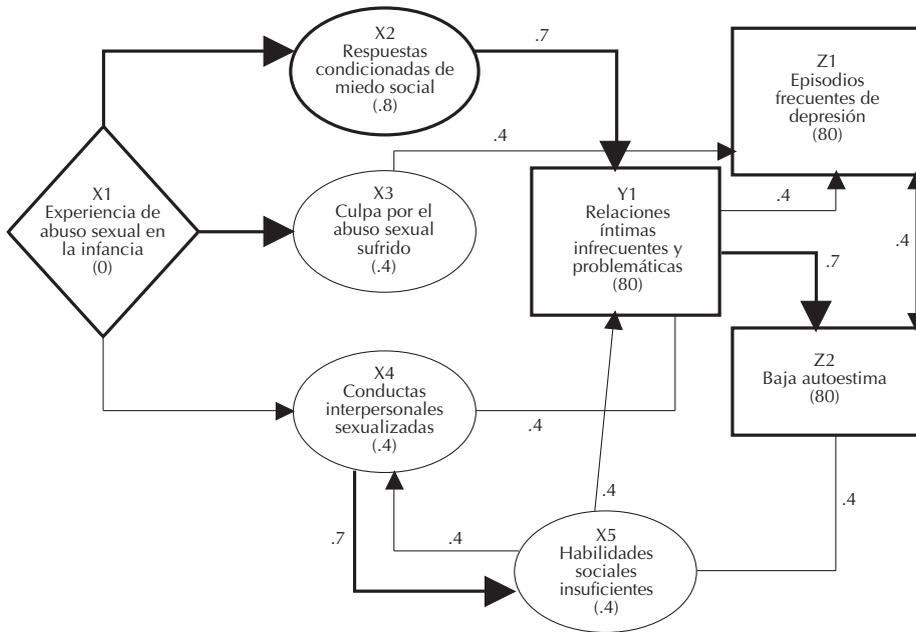


Figura 5.6. Ejemplo de Modelo causal analítico-funcional de un adolescente aislado, ansioso socialmente y evitador que se queja de problemas de relaciones personales y depresión (Haynes, 1993).

5.4. El contraste de las hipótesis

A lo largo de todo el texto se ha ido colocando el eje de la calidad del proceso de EPC en el sometimiento a contraste de las hipótesis funcionales y de formulación. Finalmente, hemos llegado al punto en el que debe abordarse la forma de realización de ese contraste. Para muchos lectores puede que éste sea uno de los puntos más problemáticos del proceso

de EPC, pero enseguida se va a poder ver que la dificultad no es tanta y que, como muchas cosas en la vida, se trata más de un problema de técnica que de esfuerzo.

En primer lugar, hay que señalar, siguiendo a Wolpe y Turkat (1985), que el juego de generación de hipótesis y contraste de las mismas comienza en la exploración inicial y se mantiene a lo largo de todo el proceso de EPC, es decir, hablamos más de un grupo de herramientas que empleamos en cualquier momento en el que tengamos que comprobar la calidad de una hipótesis que de una fase del proceso de EPC diferenciada de las demás. Siendo así, también es verdad que llega un momento en el que nuestras hipótesis de trabajo comienzan a ser más globales y a configurarse en una formulación clínica. Son estas últimas hipótesis las que llaman nuestra atención en este momento.

Evidentemente, no se puede perder el contexto clínico en el que nos movemos (dejando la investigación para otro momento) y que determina el tipo de actividades que podemos poner en práctica, el tiempo que podemos dedicarle a cada una y las necesidades del paciente. En este sentido, debe indicarse cómo la aparente pérdida de tiempo que suponen algunas de las actividades ligadas al contraste de hipótesis en realidad son ganancias de tiempo y efectividad si se comparan con lo que puede suponer un fracaso en las primeras etapas del tratamiento. Este tipo de fracasos, del que nadie está exento, tiende a ser más frecuente cuando se establece el propio tratamiento como contraste de hipótesis.

El proceso de contraste de hipótesis se extiende tanto a las hipótesis funcionales, más sencillas, como a las más complejas incluidas en la formulación final del caso. En todas las ocasiones debemos asegurarnos de que nuestras hipótesis tienen cierta contundencia empírica, aunque a nadie se le escapa que muy probablemente sea imposible o inadecuado tratar de someter a contraste todas y cada una de las hipótesis utilizadas a lo largo de la EPC y, en la mayoría de las ocasiones, resulte más beneficioso y económico contrastar las que resulten piezas clave en la comprensión del caso o aquellas más generales que engloben varias específicas. En este mismo sentido, el contraste de las hipótesis etiológicas y de curso de los problemas será siempre menos potente que el de las de mantenimiento, en cuanto que se trata con acontecimientos y relaciones que se establecieron generalmente hace algunos años. De hecho, en la mayoría de las ocasiones estas hipótesis quedan en ese nivel hipotético, sin posibilidad de un contraste adecuado, aunque no deben despreciarse las posibilidades de llevar a cabo el contraste con mecanismos correlacionales que ayuden a conseguir cierta calidad de esta parte de la formulación.

En cualquiera de los casos, en el contraste de hipótesis nos acercamos a la metodología habitual de las Ciencias sociales y de la Psicología en particular y observamos dos tipos de estrategias básicas: experimentales y correlacionales. Hace ya más de 25 años Lee Cronbach (Cronbach, 1975) nos advertía del camino abierto más allá de las dos disciplinas de la Psicología científica. Lo que nos quería decir Cronbach en aquella magistral conferencia es que la Psicología, y la EPC por tanto, debe combinar ambas estrategias en su labor de investigación y también en su labor de evaluación. En esta línea metodológica incluimos a continuación estrategias experimentales, semiexperimentales y correlacionales de contraste de hipótesis aplicables en los casos clínicos en su contexto natural, que, aplicadas correctamente,

pueden garantizar la calidad del proceso de EPC y ayudar a mejorar la utilidad de la evaluación en el proceso clínico global.

5.4.1. Contraste experimental y cuasiexperimental

En primer lugar, se incluyen las estrategias que se basan en el control y la manipulación de las variables independientes y en la observación de sus efectos en las dependientes; son las estrategias más potentes de cara al contraste de hipótesis y serían las idóneas en todos los casos. Principalmente el grupo del UCL ha defendido la utilización de este tipo de estrategias a través de experimentos clínicos y es una de las mayores aportaciones metodológicas de Meyer al proceso de EPC. Sin embargo, su coste económico y la dificultad para manejar algunas variables independientes por problemas empíricos o éticos las colocan en una situación difícil. En la mayoría de los casos clínicos es muy problemático incluir un contraste experimental en el proceso de EPC. Este hecho no debe amilanarnos, ya que también en la mayoría de los casos no resulta tan complicado incluir contrastes semi-experimentales, tests en los que el control de variables no tiene que ser tan estricto, pero que permitan un contraste aceptable en este contexto clínico. La utilización de estrategias experimentales o semiexperimentales se aplica principalmente para el contraste de las hipótesis de mantenimiento y algunas de las más generales de la formulación final. Obviamente, resulta muy difícil la manipulación de variables en una hipótesis etiológica o relativa al curso de los trastornos; en dichas hipótesis las variables y sus relaciones no están presentes en el momento actual y sus efectos ya han ocurrido.

En general puede utilizarse este tipo de estrategias para la validación de hipótesis sencillas, pero su dificultad hace que sea más económico plantearlas al final de la formulación para validar las hipótesis más complejas y más definitivas, de las que habitualmente ya se dispone de información convergente. En algunas ocasiones puede emplearse también para contrastar las hipótesis para las que todas las demás alternativas de contraste han fallado al intentar conseguir información relevante.

La utilización de este tipo de estrategias hace aumentar la validez de constructo, la de la hipótesis, la más importante en cualquier tipo de evaluación. Por ello también cuanto más global sea la hipótesis contrastada, mayor alcance tiene la interpretación de los datos que estamos proponiendo.

Los tipos de semiexperimentos clínicos a los que se refiere este modo de contraste no son tan complejos como puede parecer y en muchas ocasiones ya se han llevado a cabo en la vida de los pacientes. Basten dos ejemplos: pensemos en una persona que se queja de dolores de espalda. Nuestra primera hipótesis es que puede deberse a tensiones musculares mantenidas ante situaciones problemáticas. Una prueba de contraste puede consistir en realizar una sesión de registro psicofisiológico que presente alguna de las situaciones problemáticas y alguna menos difícil; el registro debe mostrar diferencias en tensión muscular entre las respuestas a ambas situaciones. Igualmente, es muy posible que la persona haya seguido previamente un tratamiento médico; si dicho tratamiento incluyó miorrelajantes, debió tener

un éxito inicial al relajar el grupo muscular y una recaída posterior al adaptarse los receptores del mismo grupo neuromuscular (vemos cómo la información histórica acerca del caso puede ser también de gran utilidad en este punto). En el segundo caso, nuestra formulación nos lleva a pensar que un adolescente dispone de muy pocas habilidades sociales para iniciar conversaciones y eso le mantiene apartado de sus compañeros de clase creando un problema de aislamiento y desadaptación escolar. ¿Sería tan difícil planificar una situación en nuestra propia sala de espera en la que el joven se encuentre con otros adolescentes desconocidos para él y observar qué ocurre? Probablemente no. Esta respuesta es contundente para la mayoría de los casos clínicos habituales y sólo el desconocimiento o el desinterés justifican la falta de aplicación de este tipo de procedimientos en la práctica clínica cotidiana.

5.4.2. *Contraste correlacional*

De forma complementaria, no alternativa, a las pruebas semiexperimentales deben considerarse las estrategias de contraste derivadas de una metodología correlacional. Son estrategias en las que lo que prima es la correlación entre variables o conjuntos de variables. Su aplicación es más sencilla y generalmente menos costosa que la de las semiexperimentales; de ahí su mayor utilización en la clínica. A pesar de las críticas que este tipo de tácticas han recibido desde las posiciones más experimentalistas, debe reconocerse su enorme utilidad y la calidad de las conclusiones derivadas de su puesta en práctica. A continuación se recogen algunas de las estrategias más empleadas en el contraste clínico desde esta perspectiva.

- *Convergencia/divergencia de información*

Siguiendo los trabajos de Campbell y Fiske (1959) sobre la varianza en las matrices multitrasgo/multimétodo y sobre la validez convergente y divergente, encontramos que una primera táctica de contraste correlacional de información tiene que ver directamente con aquellos desarrollos. Esta metodología tiene dos vertientes principales.

En primer lugar, establece la necesidad de contemplar siempre distintas medidas del mismo suceso o variable para poder garantizar, mediante la convergencia de la información, la calidad de la medida. Se trata de evaluar el mismo acontecimiento por diversas estrategias: si toda la información es coincidente, se podrá decir que tiene gran probabilidad de ser correcta. Sin embargo, una falta de concordancia no significa necesariamente la falsedad de la información, sino que señala la necesidad de replantear la evaluación y continuar la búsqueda de forma más completa, es decir, la convergencia de información permite aceptar, pero no negar las hipótesis.

En segundo lugar, se pone de manifiesto la utilidad de, junto a la información convergente, buscar la información divergente con las técnicas más adecuadas en cada ocasión. Un ejemplo puede ayudar a aclarar el tema: imaginemos que según avanza un proceso de EPC

con una de nuestras pacientes comenzamos a disponer de datos suficientes para manejar una hipótesis de formulación que implique un trastorno de pánico. Si queremos buscar validez convergente para esa hipótesis, podemos administrar algunos cuestionarios asegurándonos de incluir alguno de pánico. Si la paciente puntúa alto en estas pruebas, podemos añadir algo de validez convergente a nuestra hipótesis que puede llevarnos a aceptar el diagnóstico y un modelo explicativo ajustado al mismo. Sin embargo, si incluimos un estudio de la validez divergente o discriminante tendríamos que aplicar algunas otras pruebas que no evaluaran el pánico, sino otro tipo de problemas que permitieran diferenciar la sintomatología; en esta ocasión podrían resultar útiles algunos cuestionarios de otros trastornos de ansiedad y de depresión. Una respuesta baja en estas pruebas nos ayudaría a confirmar nuestra hipótesis inicial relativa al trastorno de pánico. Sin embargo, una puntuación alta en estas pruebas pondría en cuestión la hipótesis inicial y nos llevaría a reflexionar sobre la posibilidad de un sesgo positivo en todas las pruebas o sobre la posibilidad de sufrir algún otro problema que implica otros mecanismos distintos a los inicialmente hipotetizados relacionados con el pánico y que conlleva puntuaciones altas en ansiedad y distintos tipos de problemas de ansiedad, por ejemplo la ansiedad generalizada.

- *Predicciones correlacionales sobre otras variables*

En la más pura tradición correlacional, el análisis de las correlaciones entre distintas variables implicadas en el caso y su comparación con los datos provenientes de la investigación resulta una de las tácticas más empleadas. Los datos de investigación correlacional y diferencial en Psicología se acumulan a un ritmo casi enloquecido y se cuentan por miles las variables de las que disponemos de alguna información de este tipo. En esta misma línea, la investigación epidemiológica sobre salud mental acumula datos muy rápidamente acerca del curso, la epidemiología y las variables sociales y personales que correlacionan con los diferentes trastornos. Mucha de esta información se recoge en el DSM-IV-TR y puede emplearse fácilmente en la búsqueda de convergencia de distintas fuentes y en posibles contrastes de hipótesis fundamentadas en este tipo de información. Aunque la información recogida debe tratarse con cuidado, ya que las correlaciones nunca implican causalidad, puede llegar a resultar muy útil en algunos procesos clínicos.

En este apartado, un tipo de información de especial importancia y que puede llegar a tener un mayor interés para el clínico es la relativa a la etiología y al curso de los problemas. La investigación clínica y psicopatológica ha ido desvelando algunas de las claves del desarrollo de los problemas psicológicos y de las relaciones temporales existentes entre ellos y las variables biopsicosociales implicadas. De esta forma, en la actualidad disponemos de información sobre las ventanas del desarrollo, sobre el efecto de los sucesos traumáticos en la infancia, sobre la relación entre abuso del alcohol y malos tratos y un largo etcétera que puede ayudarnos en la búsqueda y confirmación de las hipótesis etiológicas y de curso de los trastornos en cada caso. Por ejemplo: conocer la alta correlación existente entre los trastornos alimentarios, el género y la edad, incluyendo los cambios

rápidos observados en estas tendencias en los estudios epidemiológicos de los últimos años, puede utilizarse en la búsqueda de convergencia de información en un posible caso de anorexia.

- *Ajuste a los criterios DSM-IV-TR*

En la misma línea anterior, pero de forma más explícita y concisa, los criterios DSM-IV-TR pueden usarse como fuente de contraste de hipótesis correlacionales. Los manuales DSM a partir de su tercera edición organizan los trastornos sobre la base de conjuntos de criterios (síntomas-problemas) que presentan fuerte índices de correlación entre ellos y que tienden a aparecer de forma conjunta. A partir de la cuarta edición del DSM, se incluye, además, un carácter empírico a estas configuraciones de criterios, lo que les dota de mayor poder de contraste. La comparación de las listas de problemas de nuestros pacientes con los criterios DSM, aparte de facilitar el proceso diagnóstico, otorga a nuestra exploración una calidad mayor, sobre todo en cuanto a validez de contenido se refiere. Los cuestionarios y entrevistas que repasan todos los criterios de las clasificaciones se convierten en herramientas muy potentes para garantizar este tipo de criterios de calidad. Igualmente, la inclusión en las entrevistas clínicas de preguntas clave diagnósticas (con apoyo en los criterios DSM y en resultados empíricos de utilización en miles de personas en todo el mundo) hace aumentar sensiblemente no sólo la validez de contenido, sino que, al haberse establecido el potencial de detección de cada pregunta en estudios epidemiológicos, también se ven afectados positivamente la validez de criterio y los índices de sensibilidad y especificidad de nuestras entrevistas. En otro lugar hemos recogido las principales preguntas clave para cada trastorno y otros instrumentos que pueden ayudar a mejorar este tipo de criterios de calidad (Vázquez y Muñoz, 2002, *La entrevista diagnóstica para adultos*. Madrid: Síntesis).

- *Ajuste a los modelos y leyes de funcionamiento psicológico*

Todavía puede darse un paso más en esta misma dirección que nos sitúa en las puertas de la validez de constructo, de las hipótesis. La investigación psicológica básica y clínica ha ido identificando en primer lugar las leyes y normas dinámicas del funcionamiento psicológico y psicosocial que gobiernan nuestro comportamiento (Teoría del aprendizaje, Procesos básicos, emociones, etc.). Por si esto fuera poco, se han desarrollado modelos teóricos de trastornos psicológicos que se han ido haciendo progresivamente más completos y que en la actualidad incluyen información sobre variables del desarrollo, biológicas, psicológicas y sociales que intentan integrar todo el conocimiento acumulado al respecto para cada trastorno. El avance ha sido más espectacular en algunos grupos de trastornos, como los de ansiedad o depresión, y menos claro en otros, como los de personalidad o los psicóticos. Las tendencias detectadas en los trabajos psicopatológicos más recientes que parecen abogar por

una vuelta al síntoma como unidad de análisis psicopatológica no hacen más que facilitar esta función en los procesos de EPC. Ya se ha visto cómo este tipo de datos influye de forma decisiva en la búsqueda de información y en la generación de hipótesis, librándonos así a los psicólogos clínicos de tener que inventar la rueda o el fuego en cada caso clínico que abordamos.

La comparación entre los datos provenientes de cada caso en cuestión y los acumulados por la investigación en forma de leyes o modelos otorga al proceso de EPC una oportunidad de realizar un contraste correlacional de las hipótesis o de las formulaciones completas. Sin duda, este grupo de estrategias se convierte de esta forma en una de las herramientas más potentes del clínico a la hora de integrar la información nomotética en modelos o teorías idiográficas del caso. Dichas teorías del caso o formulaciones se ven apoyadas por la aportación empírica de la norma o del modelo empleado en cada ocasión. De este modo, la comparación de un patrón de conducta determinado de nuestro cliente, por ejemplo aumentar las quejas cuando se le retira la atención por su comportamiento, puede obtener un fuerte apoyo al compararlo con una ley o norma de funcionamiento, en este caso las curvas de extinción del reforzamiento positivo. Igualmente, la identificación por nuestra parte de un esquema de creencias irracionales en una persona con episodios de tristeza puede apoyarse en los modelos cognitivos tipo Beck o Ellis de depresión.

- *Otras estrategias*

En último lugar pueden detallarse las estrategias de contraste de hipótesis que se fundamentan en los propios modelos individuales tratados de forma cuantitativa, que no incluyen manipulación de las variables independientes ni comparación con modelos o normas derivadas de la investigación. La EPC ha usado escasamente este tipo de estrategias y su origen puede situarse en las Ciencias sociales, por ejemplo en disciplinas como la Economía. Se trata de formular las hipótesis en forma de modelos matemáticos que puedan contrastarse a través de distintas técnicas igualmente matemáticas que nos ayuden a validar su estructura. Son estrategias especialmente útiles para el contraste de relaciones entre acontecimientos o variables bien establecidas, generalmente hipótesis de mantenimiento, aunque idealmente pueden aplicarse a las históricas e incluso a las dos de forma conjunta. El número de variables incluidas en el estudio y la red de relaciones supuestas entre ellas determina la complejidad del análisis estadístico. Entre las técnicas de análisis matemático más adecuadas para este tipo de contraste se encuentran los análisis de contingencias (χ^2) para establecer las relaciones entre dos sucesos o grupos de sucesos; los análisis del tamaño del efecto aplicados a las medidas de resultados; los análisis de series temporales para los autorregistros, el establecimiento de líneas base o las medidas durante el tratamiento; los modelos causales para los diagramas de formulación, etc. En uno de los intentos más prometedores en esta línea de desarrollo, el grupo de Haynes ha desarrollado un programa de análisis matemático que permite adaptar los análisis de modelos log-lineales a los estudios de caso único. La adecuación de los datos de la EPC a esquemas de funcionamiento matemáticos

puede suponer la cuantificación de la calidad de la hipótesis, en este caso especificada en los intervalos de confianza y en los niveles de significación de los análisis matemáticos utilizados.

5.5. La devolución de información al paciente

Para finalizar este bloque, y antes de pasar al diseño y a la puesta en marcha del tratamiento, vamos a proceder a la devolución de información al paciente. Como profesionales de la salud, los psicólogos tenemos la obligación de devolver toda la información obtenida al cliente y ofrecerle unas pautas de comprensión que le permitan conocer cuál es nuestra opinión acerca de sus problemas, su pronóstico y la intervención recomendada. La devolución de información se llevará a cabo siempre con el propio paciente o grupo de pacientes (por ejemplo, una familia), salvo en los casos en los que las circunstancias lo impidan (personas con capacidades cognitivas reducidas en ese momento) o desaconsejen (casos judiciales, por ejemplo). En estos dos últimos supuestos la devolución se debe realizar con los tutores o con quien encargó la evaluación. Incluso en los casos más extremos, el profesional de la salud mental deberá tratar de que el cliente sepa el proceso al que se somete y las principales conclusiones en la medida de sus posibilidades.

La devolución de información puede considerarse como el verdadero puente entre la evaluación y el tratamiento. Los objetivos de la devolución de información pueden resumirse en los siguientes puntos:

- Es una excelente oportunidad para acumular pruebas para el contraste de hipótesis. En muchos casos será la última oportunidad para contrastar la información con el paciente antes del tratamiento.
- Es la forma de ofrecer al cliente una explicación acerca de sus problemas y los tratamientos posibles, así como un esquema explicativo que permita reprocessar el problema y modificar las narrativas desadaptativas que pudieran entorpecer el cambio.
- Es el momento de la toma de decisiones sobre el tratamiento a seguir. Independientemente de que nosotros podamos tener nuestras propias ideas al respecto, ajustar el tratamiento hasta dónde se pueda a las preferencias del cliente puede ayudar a aumentar no sólo la efectividad, sino su adherencia al mismo.

La forma más frecuente de dar esta información es mediante una entrevista de devolución de información, aunque pueden emplearse otros medios, como informes escritos. En el material para el terapeuta se incluye una pauta de entrevista de devolución de información propuesta por Turkat en 1985 y que se ha utilizado con muy buenos resultados por el autor. Una vez que el psicólogo cree estar en disposición de la información suficiente y de una formulación razonable del caso, se anuncia al paciente que la próxima entrevista será la de devolución de información. No es infrecuente que los clientes insistan en conocer su diagnóstico y lo que les ocurre durante las primeras sesiones. Una recomendación que vie-

ne dando buenos resultados consiste en incluir en la primera sesión una explicación al cliente que aclare que antes de ofrecerle ese tipo de información necesitamos conocer a fondo sus problemas y algunas de sus circunstancias vitales y que, por tanto, necesitaremos algún tiempo para poder ofrecerle un diagnóstico o un plan de tratamiento. Se le indica igualmente que se lo haremos saber en cuanto dispongamos de ellos. De esta forma, los clientes suelen apartar de su mente esa preocupación inicial y pueden concentrarse mejor en lo que nos interesa más en esas primeras sesiones. En las prácticas en la Facultad de Psicología de la UCM recomendamos que todo el proceso de EPC se complete en cuatro sesiones y que sea precisamente la cuarta o quinta la dedicada a la devolución de información. Tampoco puede abusarse de la paciencia de los clientes, quienes, como ya sabemos, esperan algún cambio en su vida antes de la sexta sesión (Seligman, 1996) y, al no obtener ninguna información en ese tiempo, podrían sufrir una decepción que les llevara incluso a abandonar la terapia. Durante la propia entrevista el psicólogo ofrece a la persona una explicación del modelo de formulación que incluya toda la información disponible. Debe ponerse un cuidado muy especial en que la información sea comprendida por el cliente y le ayude a corregir sus posibles ideas distorsionadas o falsas al respecto y comenzar a re-construir su experiencia vivida sobre las nuevas narrativas que le vamos a ir ofreciendo a lo largo de la intervención. En otro lugar se ha presentado un grupo de directrices clínicas para la exposición de este tipo de modelos a los pacientes (Muñoz y Bermejo, 2001). Básicamente se trata de seguir cuatro pasos a la hora de explicar el modelo a la persona:

1. Dotar de significado y “normalizar” la experiencia sufrida. Debe intentarse que el paciente entienda lo que le ocurre con una perspectiva más adaptativa y facilitadora del cambio. Para ello tendremos que dar un significado a todo el problema y tratar de desdramatizar los posibles aspectos psicopatológicos que pueden aparecer.
2. Descomponer en partes del modelo. Siguiendo las estrategias de las técnicas de solución de problemas, siempre es más sencillo que una persona afronte situaciones complejas si es capaz de descomponerlas en fases o subproblemas más sencillos y abordables. De esta forma, será importante ofrecer una visión por fases o problemas parciales antes de exponer toda la complejidad de la formulación.
3. Comprobar que el cliente comprende cada componente del modelo. De ello depende en gran medida la adherencia al tratamiento y la implicación en él, así como la reconceptualización teórica que el cliente haga de su problema (atribuciones, expectativas, etc.). Deben utilizarse todos los medios posibles en la explicación, desde ejemplos de la propia vida del cliente, hasta recursos como pizarras, esquemas, etc.
4. Si es posible, utilizar un material de lectura para facilitar la comprensión del problema. Los hábitos de lectura son muy bajos y los pacientes no esperan tener que leer nada respecto a su problema, por lo que es fácil encontrar una alta resistencia o desgana ante este tipo de tareas. Sin embargo, la lectura y discusión de esta clase de materiales suele facilitar la comprensión del problema y de las estrategias puestas en

marcha para solucionarlo, ayudando de esta forma al cambio y a la reconceptualización del mismo.

Una vez que nos hemos asegurado de que el cliente ha entendido correctamente la formulación, le pediremos su opinión sobre el tratamiento más aplicable en su caso y trataremos de implicarle en su diseño y puesta en marcha. Finalmente, le rogaremos que dedique algún tiempo (al menos una semana, salvo en casos urgentes) a la reflexión y consulta con sus allegados o personas significativas (su pareja, sus padres o hijos, su médico, su sacerdote, otro psicólogo o profesional de la salud mental, etc.). Una estrategia útil en este punto puede ser la de indicar a la persona que espere a solicitar la próxima cita hasta estar completamente seguro de querer iniciar el tratamiento. Es decir: pasar la toma de decisiones a su campo para implicarle en mayor medida en ella. La siguiente sesión será la de puesta en marcha del tratamiento.

Resumen

Las limitaciones del análisis descriptivo y del diagnóstico (limitaciones empíricas, clasificaciones ateóricas, falta de relación directa con los tratamientos y necesidad de adaptación de los tratamientos de manual a cada caso) ponen de manifiesto la necesidad de teorías clínicas del caso, de interpretaciones científicas de la realidad.

I. Relaciones funcionales y causales

Tipos de causas

Existen distintos tipos de relaciones causales: suficientes, insuficientes, necesarias, necesarias y suficientes, iniciales, principales, inmediatas y mediatas.

Condiciones de las relaciones causales

- Las dos variables deben covariar.
- La variable hipotéticamente causal debe ocurrir antes en el tiempo que su efecto.
- Ha de existir un mecanismo explicativo para la relación causal hipotética que goce de cierta lógica.
- Deben excluirse de forma razonable las posibles opciones alternativas.

Las relaciones causales pueden ser: univariadas, multivariadas, recíprocas, moderadoras o formar cadenas causales sencillas o complejas.

Límites de las relaciones causales

- Las inferencias sobre las relaciones causales son subjetivas e hipotéticas.
- Las relaciones causales tienen un dominio limitado.
- Las relaciones causales pueden expresarse en distintos niveles de especificidad.
- Las relaciones causales son dinámicas.
- Las relaciones causales no son exclusivas.
- Las relaciones causales pueden no ser lineales.

2. El análisis funcional de los problemas: hipótesis de origen y mantenimiento de cada problema

El análisis funcional se define como la identificación de relaciones funcionales causales, importantes y controlables aplicables a un conjunto específico de conductas meta para un cliente individual. En este sentido, Haynes (1998) admite que es un tipo de formulación clínica del caso enmarcada en el enfoque conductual. Debe llegar a explicar el origen, el curso y el funcionamiento actual de cada problema de forma independiente y, a la vez, permitir hacer un pronóstico sobre su evolución. Tiene que remarcar la necesidad de contar con una hipótesis de origen y otra de mantenimiento para cada uno de los problemas.

3. La formulación clínica del caso

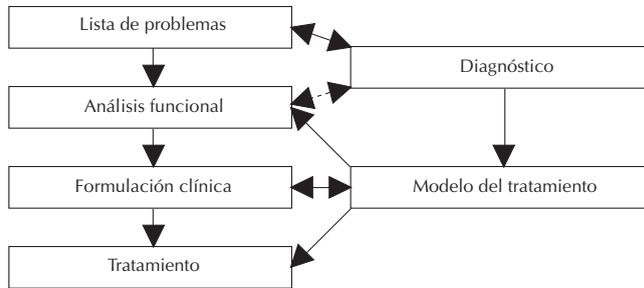
Ha de configurarse como un conjunto de hipótesis contrastadas, expresado de forma narrativa o mediante diagramas de flujo, que ponga en relación toda la información disponible sobre el caso (biológica, psicológica y social) para explicar la etiología, el curso, el mantenimiento actual y el pronóstico del mismo. Es esencialmente una hipótesis acerca de las causas, los precipitantes y las influencias que mantienen los problemas psicológicos y conductuales y las interpretaciones de cada persona.

Formulación a partir de modelos psicológicos de trastornos

Debe señalarse la utilidad, por un lado, de dirigir la investigación en función de categorías y esquemas de tratamiento sistemáticos y, por el otro, la precaución que hay que tener en la aplicación de la formulación de casos clínicos y la necesidad de considerar la integración de ambos enfoques.

Capítulo 5: Evaluación para el tratamiento II: análisis funcional y formulación clínica

- Enfoque integrador de diagnóstico y formulación (a partir de Schulte, 1997):



Modelos generales de formulación clínica

- *Modelo del UCL (Meyer, 1957; Wolpe y Turkat, 1985; Bruch, 1998).*

Fases:

- Definición de los problemas.
- Análisis funcional.
- Formulación: teoría clínica que explique todos los problemas.
- Intervención.
- Evaluación (de resultados).

Solución de problemas y mapa patogénico (MCP) (Nezu y Nezu, 1989)

Se propone el esquema básico de la solución de problemas como marco para el proceso de EPC. El MCP es un diagrama de flujo derivado de los *path* análisis o de los modelos causales que organiza las relaciones identificadas entre los distintos factores implicados en la formulación: factores de la historia personal, sucesos vitales estresantes, estímulos relevantes y problemas conductuales.

Modelo cognitivo (Persons, 1993)

Cuenta con siete componentes en la formulación y su especificación se hace de forma narrativa. Proviene del enfoque de Beck sobre las actitudes disfuncionales en la depresión y ansiedad:

- Lista de problemas.
- Creencias centrales (actitudes disfuncionales).
- Situaciones precipitantes o activantes.
- Hipótesis de trabajo.
- Orígenes.
- Plan de tratamiento:
 - Objetivos.
 - Técnicas de intervención.
- Obstáculos previstos para el tratamiento.

Modelo causal analítico funcional (MCAF) (Haynes y O'Brien, 1990)

Es un modelo visual que ayuda a organizar toda la información disponible del paciente y a expresar todas las hipótesis de forma conjunta en una formulación clínica del caso. Estos diagramas de flujo, que provienen de los modelos matemáticos causales y de la geometría de vectores, facilitan enormemente los medios para estimar la fuerza de la relación entre las variables antecedentes, consecuentes, covariables, mediadoras y mantenedoras de los problemas. Esto, a su vez, ayuda al clínico a estimar mejor el tamaño del efecto de las distintas intervenciones posibles.

A diferencia de la mayoría de los demás modelos de formulación propuestos, el de Haynes no proviene de ninguna teoría psicopatológica determinada, sino de un enfoque metodológico que trata de buscar y establecer relaciones causales entre las distintas variables implicadas en cada caso. Los modelos causales pueden servir de enlace con los modelos psicológicos específicos de cada trastorno, ayudando a conjugar las estrategias nomotéticas (del modelo) e idiográficas (del caso) en cada formulación.

4. El contraste de las hipótesis

Es la base de la calidad de todo el proceso de EPC. Para contrastar las hipótesis se requiere la combinación de ambos tipos de estrategias de contraste.

Contraste experimental y cuasiexperimental

Las estrategias experimentales o semiexperimentales (experimentos clínicos) se aplican principalmente para el contraste de las hipótesis de mantenimiento y algunas de las más generales de la formulación final. Se utilizan para asegurar las hipótesis más complejas y definitivas, de las que habitualmente ya se dispone de información de contraste correlacional.

Contraste correlacional

Puede obtenerse por diversas estrategias:

- Convergencia/divergencia de información.
- Predicciones correlacionales sobre otras variables.
- Ajuste a los criterios DSM-IV-TR.
- Ajuste a los modelos y leyes de funcionamiento psicológico.
- Otras estrategias: estrategias matemáticas.

5. La devolución de información al paciente

Constituye un requisito ético y clínico de primera magnitud. Sus funciones son:

- Ofrecer la última oportunidad para contrastar la información con el paciente antes del tratamiento.

Capítulo 5: Evaluación para el tratamiento II: análisis funcional y formulación clínica

- Proporcionar al cliente una explicación acerca de sus problemas y de los tratamientos posibles y un esquema explicativo que le permita reprocesar el problema y modificar las narrativas desadaptativas.
- Tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir.

Durante la entrevista el psicólogo ofrece a la persona una explicación del modelo de formulación que incluya toda la información disponible. Debe ponerse un cuidado muy especial en que la información sea comprendida por el cliente y le ayude a corregir sus posibles ideas distorsionadas o falsas al respecto y comenzar a re-construir su experiencia vivida sobre las nuevas narrativas. Para ello es conveniente:

- Dotar de significado y “normalizar” la experiencia sufrida.
- Descomponer en partes el modelo.
- Asegurarse de que el cliente comprende cada componente del modelo.
- Si es posible, utilizar un material de lectura.
- Pedir su opinión sobre los tratamientos posibles.
- Facilitar la reflexión, toma de decisiones y aceptación de la intervención.

Exposición de un caso clínico

La interpretación teórica del caso se organizó en torno al desarrollo y estado actual de los tres grandes problemas identificados en el análisis descriptivo, a las variables personales y del contexto que representan un papel en su origen o mantenimiento y a la consideración de los criterios diagnósticos cumplidos y el juicio diagnóstico emitido. Siguiendo el esquema teórico propuesto, se llevó a cabo el análisis funcional de los problemas, la hipótesis de origen y de mantenimiento y se generó una formulación clínica del caso. Las hipótesis funcionales pueden añadirse a los esquemas de secuencias muy fácilmente y puede hacerlo el lector por sí mismo; en la exposición del caso se ha preferido incluir una presentación narrativa de las hipótesis de origen y mantenimiento que puedan servir como ejemplo de redacción de hipótesis. Sin embargo, se ha preferido presentar la formulación en un diagrama de flujo similar a los propuestos en la parte teórica.

Análisis funcional de la ansiedad y la evitación social

Anakin ha sido una persona que nunca se ha sentido cómoda en las situaciones sociales y muy pronto comenzó a tratar de evitarlas siempre que podía. El origen de su problema es difícil de determinar. Tenemos que recurrir a una probable preparación biológica para la ansiedad, que coincide con una preparación psicológica construida a partir de una educación restrictiva socialmente hablando y tendente a crear una falta de independencia en el niño. La falta de afecto y el estilo familiar de rela-

ción pueden encontrarse en la base de la desconfianza respecto de las personas ajenas al pequeño círculo de amistades de sus padres. La hipótesis es la falta de afecto y empatía en la relación familiar, que dificultó la socialización de las relaciones de vinculación personal dando lugar a la aparición de desconfianza y temor a relacionarse con los demás, que se perciben como peligrosos y amenazantes. Anakin irá añadiendo a esta primera construcción cognitiva todas sus experiencias desagradables con los demás (agresión, desengaño religioso, burlas y críticas de compañeros, etc.) hasta crear una auténtica barrera para las relaciones sociales de cualquier tipo. A la vez, el paciente no aprende las habilidades sociales típicas de la infancia y de los modelos familiares ni, después, las propias de la adolescencia y las relaciones entre iguales. Esta falta de habilidades, junto con las críticas paternas, las burlas de amigos y los posibles problemas en el aspecto físico (seguramente no tan notorios como el paciente cree), comienzan a minar su autoestima y la confianza en sí mismo dando pie a la aparición de los pensamientos de infravaloración personal y sobrevaloración de la sociedad, a la que él, más débil, no puede acceder.

La estabilización de la residencia durante algunos años en una ciudad catalana al final de la adolescencia le facilita varias cosas: conseguir terminar sus estudios, estabilizar un grupo de amigos, iniciar relaciones sentimentales (no sexuales) con una chica, independizarse poco a poco de sus padres, encontrar trabajo, etc. Esta serie de logros, aunque no consiguen terminar con los problemas sociales de Anakin, sí consiguen que la vida le resulte más fácil y se constituya en el mejor período de su vida. El traslado a Madrid le separa de sus amigos, coincide con la pérdida de empleo muy reciente y, definitivamente, se ve agravada por la carta de Padme rompiendo la incipiente relación.

Es probable que en la actualidad el problema se mantenga por la conjunción de varios factores causales: por un lado, las habilidades sociales siguen presentando un déficit importante en algunos aspectos clave y, por otro, las percepciones de amenaza de las situaciones sociales generan un comportamiento de hipervigilancia y desconfianza fácil de percibir por los demás. Estos comportamientos, ciertamente extraños en las relaciones sociales habituales, tienden a provocar el rechazo de los desconocidos, al ser capaces de levantar suspicacias, o incluso llegan a poder atemorizar a las personas que no conozcan a Anakin. Otro de los factores hace referencia a la ansiedad condicionada a las situaciones sociales que se mantiene por la continua evitación del paciente de este tipo de situaciones. En las ocasiones en las que el intercambio social es inevitable, el paciente lo evita cognitivamente concentrándose en sus rumiaciones de sobrevaloración de los demás e infravaloración propia (y las demás rumiaciones relacionadas), que podrían coincidir con las bajadas de ansiedad funcionando como un mecanismo de reforzamiento negativo. De esta forma, la interacción de los diversos mecanismos causales puede llegar a mantener una configuración de comportamientos tan amplia y general que abarca prácticamente la globalidad del funcionamiento psicológico y social del paciente.

Análisis funcional de los episodios especiales en situaciones estresantes

Para explicar el inicio de los episodios de pérdida de consciencia (desmayos), despersonalización y pseudoalucinaciones sufridas en las situaciones sociales más comprometidas de los últimos años en la vida del paciente, podemos utilizar dos líneas alternativas pero complementarias. La posible

predisposición biológica podría manifestarse precisamente en este punto. Existe cierta evidencia respecto a la predisposición biológica a responder a ciertas situaciones estresantes de forma "rupturista" por parte de nuestro sistema nervioso central. Esta hipótesis biologicista puede complementarse con el aprendizaje del paciente ocurrido durante la agresión sufrida. Sin duda, aunque el paciente no lo informe así, ésta puede considerarse la primera disociación clara del paciente en una situación estresante (la falta de recuerdo, los detalles confusos, etc. así lo indican). Anakin pudo aprender que en las situaciones sociales muy difíciles, que le superan claramente, una alternativa es completar la evitación con una pérdida de consciencia o una disociación (las pseudoalucinaciones deben entenderse en esta misma línea) que proteja al Yo, la propia identidad, del ataque a la integridad que puede estar sufriendo.

El curso de este tipo de episodios indica que mantiene cierta estabilidad y que la diferenciación entre un tipo de sucesos y otro depende de la seguridad percibida por el paciente. En su casa, máxima seguridad, llega a perder el conocimiento. Fuera de su casa, mínima seguridad, el episodio aparece sin "llamar la atención" de los demás.

El mantenimiento actual probablemente se explica por el efecto que tienen las rumiaciones en las situaciones más extremas. El paciente entra en un círculo vicioso de pensamiento negativo-aumento de respuesta fisiológica, que llega en algunos casos a conseguir alterar el estado de consciencia. Esta alteración de la consciencia, típica de la ansiedad extrema, se interpreta por Anakin como el inicio de un nuevo episodio. En la mayoría de las ocasiones consigue controlarse mediante estrategias de distracción, pero en otros casos la secuencia continúa hasta la pérdida de consciencia, la sensación de despersonalización o la alucinación, todas ellas comprensibles desde el punto de vista de su funcionamiento como escape de los problemas y mecanismo de defensa de la propia identidad personal y por los refuerzos positivos de los familiares en las ocasiones en las que ocurre en su casa.

Análisis funcional de la ansiedad en lugares que recuerdan la agresión

Anakin llega al momento de la agresión con una fuerte predisposición a los problemas de ansiedad, sufriendo una cierta crítica social atribuida a su aspecto físico, con una red escasa de amigos y con la crisis de identidad personal típica de la adolescencia. En esas condiciones, una agresión que podría no haber sido demasiado importante en otro joven se convierte en el "episodio más humillante de mi vida" y provoca unos efectos muy potentes en la vida del paciente. Anakin se aísla más todavía, comienza a temer ciertos lugares y situaciones, genera desconfianza hacia los demás y se vuelca en la búsqueda de una salida en la religión. El fracaso religioso inmediato ayuda a fomentar aún más la desconfianza en los demás.

Sin embargo, tras los efectos iniciales tan dramáticos, el cuadro va mejorando progresivamente y, en la actualidad, solamente se mantienen los problemas relacionados con los lugares que recuerdan la agresión, probablemente asociados por un proceso de condicionamiento clásico, y aquellos otros que formaron una sinergia con los problemas anteriores y entraron a formar parte del repertorio habitual del paciente (desconfianza en los demás, evitación social, infravaloración, etc.).

Es probable que el problema del temor a los lugares parecidos al de la agresión se mantenga por un sistema de anticipaciones que provocan la evitación de las situaciones temidas (refor-

zamiento negativo). Cuando el paciente no puede evitar la situación, el afrontamiento es muy rápido y trata de pasar por los lugares distrayéndose o pensando en otra cosa. En el primer caso, la exposición no da lugar a provocar los efectos de habituación característicos, mientras que en los segundos se mantiene una evitación cognitiva que minimiza el posible efecto de la exposición.

El resto de los efectos de la agresión (infravaloración, desconfianza, etc.) se ha unido a los repertorios de funcionamiento habitual del paciente y se mantiene de la misma forma que aquéllos.

Formulación clínica del caso

Si se pone en relación todo lo anterior con los modelos psicológicos propuestos para explicar los trastornos de la personalidad por evitación y de estrés postraumático y agudo, se está en disposición de abordar la formulación clínica del caso. Ya se ha visto que la formulación clínica no es exclusiva y debe considerarse dinámica, es decir, el modelo de formulación al que se llegue no tiene por qué ser el único posible y puede ser modificado con el tiempo. Por tanto, no puede considerarse como un modelo psicopatológico, nomotético, del trastorno de personalidad por evitación, ya que responde a los determinantes individuales de este caso y del momento del desarrollo de los problemas en el que se formuló.

Ajustándose a las recomendaciones sugeridas en la parte teórica, en esta ocasión se ha preferido expresar el juego de hipótesis formulado en un diagrama de flujo que ayude a componer un sistema de relaciones complejo en un solo esquema conceptual. En la figura 5.7 se recoge el modelo de formulación propuesto para el caso.

La formulación clínica del caso no puede ser sino un resumen organizado de todo lo que hemos venido viendo hasta el momento. El modelo especifica las variables que tuvieron importancia en el origen del cuadro pero que actualmente resultan inmodificables o fuera del control del clínico (rombos), diferenciando los más lejanos en el tiempo (grises) de los más próximos (blancos). En esta ocasión se ha centrado la atención en las variables educativas, los problemas que afectaban al aspecto físico y los cambios de residencia. La agresión sufrida a los 16 años consolida esos efectos.

La falta de habilidades sociales provocada por las condiciones tempranas de su vida interactúa con un sentimiento muy importante de infravaloración. Ambos consiguen mantener a la persona en un estado de ánimo bajo al no disponer de reforzadores sociales ni propios frecuentes. Con el tiempo, este juego de factores ha ido cristalizando en un estilo evitador de afrontamiento de todas las situaciones estresantes, especialmente las sociales. Dicho estilo se mantiene mediante un continuo funcionamiento de rumiación cognitiva respecto a las posibles dificultades de su vida.

La pérdida de trabajo, el último cambio de residencia y, de forma más directa, la ruptura sentimental con Padme, han servido de detonante para la agudización de sus problemas habituales de ansiedad y evitación social. A su vez, esta activación puede haber recuperado algunos de los efectos nocivos del condicionamiento sufrido durante el episodio de agresión.

Finalmente, en los momentos en los que la situación supera definitivamente los recursos del paciente, las rumiaciones y el estado de activación fisiológica que consiguen llegar a alterar la conciencia del paciente dando lugar a las percepciones extrañas y a las pérdidas de conciencia.

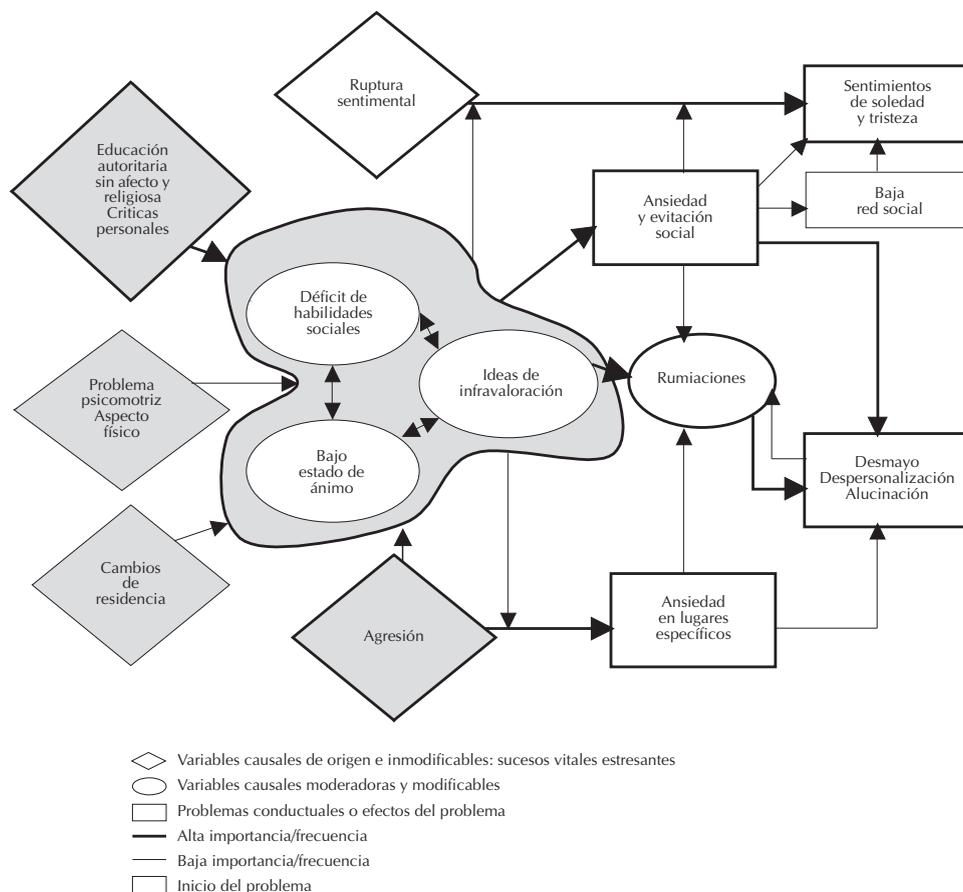


Figura 5.7. Modelo de formulación clínica del caso de Anakin.

La percepción que tiene el cliente de todo ello es hasta cierto punto reducida. Entiende que no tiene éxito social y que algunas personas parecen rechazarle por su ignorancia o por su poca preparación. Piensa que la sociedad es legítimamente exigente con sus miembros y que él no cumple muchos de los requisitos exigidos en determinados círculos sociales (laborales, estudios, amigos, etc.). La percepción respecto a su ansiedad social y ante los problemas derivados de la agresión sufrida es muy baja.

Contraste de hipótesis

De acuerdo con lo especificado en la parte teórica, en la mayoría de los casos clínicos es imposible llevar a efecto un contraste de todas y cada una de las hipótesis manejadas durante el

mismo. En esas ocasiones suele ser suficiente someter a cierto control las hipótesis principales o sus aspectos más relevantes. Ése ha sido el camino seguido en el presente caso.

- *Contraste correlacional*

En este apartado los aspectos más relevantes hacen relación a la concordancia de la sintomatología del paciente con los criterios diagnósticos DSM-IV-TR para los trastornos propuestos. Igualmente, la concordancia de la información proveniente del paciente con la disponible en la investigación epidemiológica y psicopatológica de este tipo de trastornos otorga algún grado más de libertad a la hipótesis diagnóstica y ayuda a apuntar las hipótesis etiológicas y de mantenimiento. Los análisis funcionales se sustentan en la fiabilidad de las descripciones obtenidas por distintos métodos convergentes y en la concordancia con los principios básicos del funcionamiento psicológico y del aprendizaje identificados en cada una de ellas.

- *Contraste semiexperimental*

En este apartado se manejaron distintos tipos de datos y se realizaron algunos experimentos clínicos para consolidar los puntos nucleares del modelo:

- El efecto de los fármacos ansiolíticos y antidepresivos es el esperado en un paciente con problemas de ansiedad social y leve bajada del estado de ánimo. Este dato ayudó a descartar la posibilidad de interpretar la sintomatología como parte de una crisis psicótica o una depresión mayor.
- Las habilidades sociales del paciente fueron contrastadas mediante pequeños experimentos clínicos que incluyeron:
 - I. Utilizar una coterapeuta que coincidió con él en la sala de espera. Se esperó que Anakin estableciera algún contacto verbal y, al no hacerlo, lo inició la coterapeuta. El resultado coincidió exactamente con las predicciones respecto a un muy bajo nivel de habilidad social.
 - II. Se incluyó a Anakin en la primera sesión de un grupo de habilidades sociales. Su comportamiento fue extraño; mostró desconfianza hacia los demás y trató de esconderse bajo una serie de verbalizaciones y gestos de autosuficiencia exagerada (“resabiado” o “cursi”). Fue sencillo, incluso en las propias sesiones con los terapeutas, observar que su comportamiento provocaba muy fácilmente el rechazo de los demás.
- Los terapeutas lanzaron desafíos durante las consultas a Anakin para poner a prueba alguna de sus ideas irracionales más centrales: las de infravaloración personal y las de sobrevaloración de la sociedad.
- Por último, el ciclo rumiaciones-ansiedad-sensaciones extrañas se puso a prueba utilizando las mismas estrategias que suelen emplearse con los ataques de pánico. Se pidió a Anakin que realizara algunos ejercicios a la vez que mantenía sus rumiaciones características respecto a alguna situación proveniente de los autorregistros o de la entrevista. No se llegaron a provocar des-

mayos ni seudoalucinaciones, pero sí se observó un episodio de despersonalización con el ejercicio de mirarse al espejo fijamente mientras mantenía las rumiaciones. Su actividad autónoma fue subiendo y llegó un momento en el que no pudo controlarse. El paciente informó de que ése era el tipo de sensaciones que tenía en algunas ocasiones y admitió que, aunque en otros momentos las sensaciones eran distintas, podían llegar a parecerse o crearse de forma similar.

Devolución de información

En la sexta sesión (cuatro con el paciente y una con sus padres) se procedió a devolver la información. El paciente vino avisado y preparado para recibir esa devolución. Se dedicó toda la sesión a la devolución de información y a la planificación y aceptación del tratamiento. En todo momento se siguió el esquema de entrevista de devolución incluido en el material.

Se utilizó el esquema de formulación para exponer a Anakin la formulación de su caso y también los esquemas de las secuencias apoyados por los autorregistros que él mismo había cumplimentado. Se enseñaron igualmente los perfiles de las respuestas de los tests empleados. Durante todo el proceso el paciente se mantuvo atento y pareció comprender lo que se le decía. Los terapeutas pusieron especial cuidado en la parte de la devolución que tenía que ver con su diagnóstico quitándole importancia a las palabras exactas y tratando de dársela a los contenidos (comportamientos) que el paciente había manifestado tener. La falta de conciencia de enfermedad aconsejó no profundizar completamente en los aspectos más personales del caso y, sin embargo, hacerlo en los contextuales y del desarrollo. Más adelante se irían abordando con mayor dedicación los puntos más complejos.

Para terminar se ofrecieron al cliente las principales líneas de tratamiento disponibles y se solicitó su opinión con dos fines: intentar encajar lo mejor posible el tratamiento en el estilo personal del paciente e implicarle en su puesta en marcha.

Cuando se tuvo la certeza de que el paciente había comprendido los aspectos esenciales de la formulación y era capaz de anticipar el tratamiento que se iba a seguir, se le solicitó un período de reflexión de una semana, durante el cual el paciente debía consultar con sus padres, el psiquiatra y todas las personas que él considerase significativas la conveniencia de iniciar el tratamiento en este momento. La siguiente sesión fue la primera propiamente denominada de tratamiento.

Preguntas de autoevaluación

- I. En las relaciones causales las variables deben:
- a) Covariar.
 - b) La variable causal debe ocurrir antes en el tiempo que el efecto.

Manual práctico de Evaluación psicológica clínica

- c) Debe existir un mecanismo lógico explicativo de la relación.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Sólo la *b* es correcta.
2. En el presente texto se ha preferido utilizar la expresiones análisis funcional y formulación:
- a) Como sinónimos.
 - b) Como actividades paralelas.
 - c) El análisis funcional es más conductual y la formulación más dinámica.
 - d) El análisis funcional se refiere a los problemas y la formulación al caso en su conjunto.
 - e) El término análisis funcional ya no se utiliza y se emplea en su lugar el de formulación.
3. El diagnóstico y los modelos psicopatológicos:
- a) No tienen ningún papel en la formulación.
 - b) Son la base esencial de la formulación al señalar las variables psicopatológicas.
 - c) El diagnóstico se relaciona sobre todo con la formulación.
 - d) El diagnóstico se asocia sobre todo con la lista de problemas.
 - e) Los modelos psicopatológicos tienen una importancia clave al definir la lista de problemas de la persona.
4. El Mapa psicopatogénico de Nezu y Nezu (1989) sigue el esquema:
- a) Antecedentes-conducta-consecuentes.
 - b) Motor-fisiológico-cognitivo.
 - c) Biológico-psicológico-social.
 - d) Sucesos estresantes-narrativas personales-problemas-consecuencias.
 - e) Historia personal-sucesos estresantes-estímulos relevantes-problemas conductuales.
5. El contraste de las hipótesis debe ser:
- a) Experimental.
 - b) Correlacional.
 - c) Ha de emplear ambos tipos de estrategias de forma rigurosa.
 - d) Las hipótesis se contrastan de forma experimental con el tratamiento y no debe hacerse durante la evaluación previa.
 - e) Debe emplear ambos tipos de estrategias, pero hay que admitir que en las situaciones clínicas el contraste experimental será siempre limitado (cuasiexperimental o semiexperimental).

6

Apuntes para el diseño del tratamiento

Puede que a algunos lectores les parezca extraño que un texto acerca del proceso de EPC se introduzca en los derroteros del diseño del tratamiento. Sin embargo, la totalidad de los autores relevantes en esta área consideran que el diseño del tratamiento no puede ni debe separarse del proceso seguido hasta la formulación clínica del caso. El tratamiento se deriva de la formulación clínica o, en el peor de los casos, de la evaluación y del diagnóstico de la persona, y en ese sentido no puede separarse de la misma y forma parte del mismo proceso. Por ello, conociendo que algunos manuales de EPC admiten este hecho pero se detienen en este mismo punto, en nuestro caso hemos considerado conveniente continuar el proceso de EPC hasta sus últimas consecuencias y actividades, lo que incluye necesariamente el diseño del tratamiento. Por otra parte, profundizar acerca del proceso y de las estrategias puestas en marcha para diseñar tratamientos en Psicología clínica nos llevaría más allá de las posibilidades prácticas de este volumen. El lector comprenderá que se haga un comentario más breve del que resultaría necesario para abordar este tema en cierto detalle. Aun así, el texto intenta recoger las aportaciones más necesarias para introducir el tema y situarlo convenientemente dentro del proceso de EPC.

Una vez que se ha integrado toda la información recogida en un modelo de formulación clínica, que permite identificar las relaciones existentes entre las variables que controlan la aparición de los problemas de la persona, se está en disposición de pasar a diseñar el tratamiento más adecuado. La posición defendida a lo largo de todo el volumen ha sido la de personalizar las intervenciones clínicas mediante el establecimiento de una relación directa entre formulación y tratamiento. El modelo de formulación, necesariamente único y dinámico, es la base sobre la que construir y diseñar el tratamiento ajustado a la situación y a las necesidades personales de cada caso.

En general éste es el punto de vista seguido por todos los enfoques clínicos, al menos en la teoría. En la práctica la situación puede ser distinta. Si se revisan las publicaciones sobre casos clínicos, se encuentra que solamente un 20% de los trabajos ponen en relación el tratamiento con un modelo de formulación previo. Los manuales de EPC no siem-

pre incluyen capítulos dedicados a la formulación clínica y los pocos informes de investigación sobre el tema parecen poner en duda la utilidad de personalizar el tratamiento partiendo de una formulación, frente a la aplicación de un programa estandarizado a partir de un diagnóstico. Wilson (1996), en el que posiblemente sea uno de los trabajos más serios y polémicos de los realizados hasta la fecha en esta área, señala no sólo la igualdad, sino la superioridad en los resultados clínicos al planificar el tratamiento a partir del diagnóstico DSM-IV y de la utilización de terapias de manual. El impacto de este tipo de trabajos ha sido enorme en estos años. Las agencias aseguradoras y los agentes públicos, por un lado, y los estudios de efectividad, por otro, han visto una puerta abierta a la sistematización de la intervención psicológica a través del uso de herramientas diagnósticas sistematizadas y de terapias de manual.

Sin embargo, la situación no es tan sencilla. En primer lugar, las herramientas diagnósticas y las propias categorías diagnósticas no han alcanzado un consenso tan amplio como se esperaba y algunas han provocado más reparos que ventajas (por ejemplo, los trastornos de la personalidad). En segundo lugar, la intervención psicológica muchas veces se realiza sobre problemas subclínicos (por ejemplo, el miedo a los exámenes) o claramente no clínicos (como los problemas de pareja), que no disponen ni de instrumentos de evaluación, ni de manuales que especifiquen las terapias más eficaces. En tercer lugar, siguen existiendo trastornos para los que no se dispone de terapias de manual eficaces y el futuro ni siquiera es prometedor al respecto; los trastornos psicóticos o el retraso mental pueden ser ejemplos adecuados. En cuarto lugar, como se comenta en el siguiente capítulo, los estudios de eficacia de las técnicas no son generalizables a los ámbitos clínicos habituales y los estudios de efectividad realizados en ambientes clínicos naturales no han avanzado lo suficiente hasta el momento para permitir mantener este tipo de relación directa entre el diagnóstico y la terapia de manual.

De esta forma, incluso los autores más próximos a esta postura, como el mismo Wilson, o los propios manuales de las terapias en cuestión, indican la necesidad de personalizar el tratamiento en cada aplicación. Seleccionar entre técnicas alternativas que presenten eficacias similares y elegir las situaciones estimulares de cada persona o la planificación temporal de la intervención son aspectos a individualizar en la mayoría de las aplicaciones. Un paso más allá se sitúan los casos en los que la persona presenta más de un diagnóstico, como depresión y dependencia alcohólica. Desgraciadamente, la investigación no ha dispuesto terapias de manual para todas las posibles combinaciones entre trastornos. La realidad es que ni siquiera las combinaciones más frecuentes en los estudios de comorbilidad han recibido la atención necesaria. Por otra parte, todos los clínicos saben que la mayoría de los problemas no aparecen solos y que el doble o triple diagnóstico es mucho más frecuente de lo que nos gustaría. En esta misma línea se ha defendido la inutilidad de la formulación clínica basándose en la efectividad de la selección de tratamiento a partir del diagnóstico. Nada más alejado de la realidad; cualquier propuesta acerca de un tratamiento para un problema dado implica necesariamente la consideración de un modelo teórico del trastorno que justifique la intervención; es decir, la formulación no se elimina del proceso, sino que se hace de forma implícita asumiendo la propuesta por el autor de

la terapia en cuestión. Así, cuando elegimos una terapia de exposición y prevención de respuesta para aplicar en un caso diagnosticado con un trastorno obsesivo-compulsivo, no estamos eliminando la formulación del caso, sino aplicando los modelos de formulación que han llevado a la elaboración de ese tipo de terapias y no consideramos otras alternativas dinámicas o biologicistas, por ejemplo. Pero es más: al aplicar la exposición y prevención de respuesta a nuestro caso, nos resultará imprescindible conocer las jerarquías de ansiedad, las estrategias de afrontamiento y los niveles de apoyo social de nuestro cliente; no nos sirve ninguna pauta general para planificar la intervención. La personalización del tratamiento al ritmo de avance del paciente profundiza todavía más en la necesaria individualización de la intervención.

Un punto de vista integrador debe asegurar la personalización del tratamiento a partir de la formulación y, a la vez, debe aprovechar todo el conocimiento acumulado mediante la evidencia empírica acerca de qué tratamientos son más eficaces y efectivos, para qué trastornos y sobre qué modelos teóricos se sustentan. De esta forma, al llegar a este punto del proceso de EPC, el evaluador habrá puesto en relación su formulación clínica con los modelos teóricos de los trastornos o con problemas identificados en el análisis descriptivo. Es el momento de diseñar el tratamiento considerando la efectividad de las terapias de manual propuestas para este tipo de problemas, por un lado, y las particularidades únicas de cada persona, por otro. De este modo, vale la pena dedicar algún espacio a destacar algunas herramientas básicas de diseño de tratamientos que pueden, y deben, combinarse con los esquemas propuestos en cada caso por los distintos manuales de las principales psicoterapias actuales.

6.1. Objetivos de la intervención

El psicólogo habrá de convenir con el cliente una lista de objetivos de la intervención ajustada y pactada entre ambas partes. Es obvio que los objetivos de los clientes no siempre coinciden con los de los terapeutas, por lo que será función del evaluador entender los objetivos del cliente e incluirlos en la formulación global para, en este momento del proceso de EPC, poder ayudar al cliente a establecer unos objetivos realistas y ajustados a sus necesidades y posibilidades. Esta actuación se puede considerar uno de los aspectos clave a la hora de articular la relación entre la formulación y el tratamiento. Igualmente, la formulación de unos objetivos claros y descriptivos ayude a evaluar el cambio y la efectividad de la intervención. De hecho, la consecución paulatina de los mismos durante la intervención irá indicando el final del tratamiento y será uno de los mejores indicadores de su éxito relativo.

El campo de investigación sobre la formulación de objetivos de intervención (*targeting*) no es tan amplio como cabría esperar si se considera su importancia para el proceso de evaluación y tratamiento. Las principales conclusiones de los trabajos, esencialmente teóricos, realizados para facilitar esta tarea se resumen a continuación. Así, los objetivos de una intervención deben:

1. Mantenerse en un plano descriptivo.
2. Hacer énfasis en conseguir que el sujeto obtenga un nivel de ejecución efectivo en su medio ambiente.
3. Considerar la especificidad de las situaciones e incluir las situaciones y los contextos en su definición.
4. Ser individualizados para cada persona y nacer de la formulación clínica del caso.
5. Considerar como regla general que siempre es mejor construir que destruir, lo que indica que los objetivos tienen que redactarse de forma positiva sobre lo que debe ocurrir, mejor que sobre lo que no debe ocurrir.
6. Tener en cuenta las jerarquías de habilidades y las conductas de acceso (conductas clave que permiten el acceso a ambientes en los que es más fácil obtener recompensas).
7. Incluir la modificación de constructos hipotéticos como meta de la intervención (por ejemplo, autoconcepto, autoeficacia).
8. Considerar los criterios diagnósticos DSM-IV-TR o CIE-10.
9. Tener en cuenta los modelos teóricos que sustentan la formulación del caso.
10. Distinguir entre objetivos generales (mejorar la salud y la calidad de vida de la persona) y específicos (propios del caso).
11. Considerar, antes de su delimitación final, los criterios de adaptación, validez social y legalidad.
12. Redactarse en función del paciente y no del terapeuta (es mejor: *el paciente deberá aprender a relajarse* que: *enseñar al paciente a relajarse*).

En cualquier caso, la meta final de esta fase es el establecimiento de una lista de objetivos. Todas las características indicadas al hablar de la lista de problemas son aplicables, salvando las diferencias, en este punto. Un buen momento para plantear al paciente este tipo de trabajo puede ser la fase final de la entrevista de devolución de información. Una vez planteada a la persona nuestra interpretación y conceptualización de su problema, puede pasarse a sugerir la conveniencia de plantear unos objetivos adaptativos para el tratamiento que comienza. Este hecho ayuda al psicólogo a dirigir la atención del cliente hacia la formulación mientras se discuten los objetivos de la intervención y sitúa esta discusión en un marco temporal y conceptual muy adecuado.

6.2. Diseñando un tratamiento

Uno de los puntos débiles que inciden en el cuestionamiento de la utilidad de la formulación clínica es precisamente éste, el de diseñar un tratamiento a partir de las hipótesis o de los modelos de formulación. De hecho, considerando la importancia capital del tema, son muy pocas las publicaciones que lo abordan. En la mayoría de los manuales se pasa de puntillas sobre este punto indicando que la intervención se diseñará a partir de la formulación y poco más. Algunos esfuerzos por aportar pautas o estrategias que ayuden a sistema-

tizar esta actividad del proceso de EPC, incluso utilizando sistemas expertos de inteligencia artificial, no han tenido demasiado éxito o han supuesto un fracaso estrepitoso. El lector puede consultar la obra ya mencionada de Antonio Godoy, de la Universidad de Málaga, para una revisión completa del tema (Godoy, 1996).

A continuación, y teniendo en cuenta todo lo dicho hasta el momento, se hace un esfuerzo por reunir algunas de las líneas de derivación de tratamientos más empleadas siguiendo a Peter Sturmey (1996) en este acercamiento. Una vez que se dispone de la formulación y de la lista de objetivos, se está en disposición de comenzar a diseñar o derivar un tratamiento. Para diseñar un tratamiento a partir de una formulación es necesario identificar las variables sobre las que se quiere y se puede intervenir, deben seleccionarse las técnicas para controlar o modificar dichas variables y, finalmente, ha de especificarse un plan temporal y de recursos de actuación.

6.2.1. Elección de variables sobre las que intervenir

El primer paso en la derivación de tratamientos a partir de los modelos de formulación clínica siempre será el de decidir sobre qué variables se va a intervenir. Los modelos de formulación deben haber identificado algunas relaciones entre variables que señalen las que determinan o controlan la frecuencia, intensidad y duración de los problemas de la persona. Ya se ha visto que algunas de esas variables serán inmodificables o caerán fuera de nuestro control, mientras que otras aportarán poco al conjunto del caso y unas terceras explicarán una parte importante del mismo y entrarán dentro de nuestras posibilidades de control. Sin duda, este último grupo de variables es el primero en la lista de candidatos a ser incluidos en el tratamiento. Nelson las llamó las “piedras angulares” a partir de las cuales construir el tratamiento. Pero en muchas ocasiones no es tan sencillo delimitar el papel de cada variable y mucho menos establecer las relaciones existentes entre ellas hasta el punto de poder identificar este tipo de “piedras angulares”. En este sentido, Nezu *et al.* (1997) tratan de establecer el valor de cada alternativa derivada de la formulación en función de cuatro criterios:

1. Consecuencias personales: ¿Qué esfuerzo, tiempo y otros recursos deben emplearse para solucionar el problema? ¿Cuál es el coste o la ganancia emocional de conseguir la meta propuesta? ¿El resultado es coherente con el sistema ético y de valores del cliente? ¿Existen riesgos por producir el cambio? ¿Cómo afecta el cambio a otras áreas del funcionamiento personal?
2. Consecuencias sociales: ¿Cuál puede ser el efecto del cambio en las personas significativas del entorno del paciente (pareja, hijos, etc.)?
3. Efectos a corto plazo: ¿Cuál es el impacto inmediato del cambio en los demás problemas del cliente?
4. Efectos a largo plazo: ¿Cuál será el efecto del cambio en el funcionamiento global de la persona a medio y largo plazo?

Para apoyar este proceso de elección de variables, Sturmey (1996) recoge algunas estrategias útiles en estos momentos. Debe considerarse que, aunque en este punto la atención se centra en la elección de variables, la distinción entre objetivos, variables o técnicas de intervención no es siempre tan fácil de mantener en la práctica. Alguna de las estrategias propuestas va más allá de la simple elección de variables e incide en la selección de técnicas o, incluso, en la temporización del tratamiento.

A) Estrategias basadas en las respuestas

El modelo de formulación y los análisis funcionales de los problemas deben haber indicado la organización de los conjuntos de respuestas incluidas en ellos. De esta forma, se habrá establecido la posible existencia de jerarquías de respuestas, cadenas de respuestas y las correlaciones positivas y negativas entre distintos conjuntos de respuestas.

En el primer caso, parece obvio que resultará más sencillo y ágil la modificación de un conjunto amplio de respuestas si se accede a los eslabones altos del esquema jerárquico. Por ejemplo: uno puede eternizarse abordando problema por problema todos los relacionados con una falta de asertividad en múltiples situaciones; en cambio, se puede avanzar más deprisa si se actúa sobre el nivel más alto de la jerarquía, que puede ser una falta de asertividad por miedo a ser poco valorado. La intervención sobre este nivel de la jerarquía debe producir un cambio casi simultáneo en muchas de las situaciones implicadas sin necesidad de un entrenamiento laborioso situación por situación. En segundo lugar, en los casos en los que se identifique una cadena de respuestas, la actuación debe incluir todos los eslabones de la misma y no sólo los finales, posiblemente los más claramente problemáticos. De hecho, la probabilidad de producir un cambio aumentará mucho y el proceso será más sencillo y más rápido si se consigue actuar sobre los eslabones iniciales, más alejados de la recompensa final y frecuentemente con menor carga emocional. Por ejemplo: es más fácil entrenar a una pareja a controlar sus discusiones si se les enseña a actuar al principio de las mismas que cuando el enfrentamiento haya llegado a su punto álgido. En tercer lugar, si el objetivo es el de promover la aparición de respuestas incompatibles con otras, será mejor considerar los conjuntos de respuestas que ya aparecen en el repertorio de la persona y que tienden a presentar incompatibilidades con el comportamiento problemático que iniciar un entrenamiento en nuevos conjuntos de habilidades. Esta posibilidad siempre costará más tiempo y esfuerzo y nunca tendremos pruebas de su eficacia hasta haber conseguido unos niveles mínimos de entrenamiento. A veces uno puede dedicar algunos meses a entrenar un grupo de habilidades para finalmente caer en la cuenta de que no consiguen inhibir el problema. En muchas de esas ocasiones la persona ya disponía de un conjunto de habilidades que funcionaban y que, además, encajaban mejor con el estilo personal propio del cliente. En esta misma línea, debe remarcarse la optimización de los tratamientos que se consigue ajustándolos a los estilos personales de los clientes y no a la inversa. Como señala la filosofía zen, “los vientos fuertes los resisten mejor los árboles flexibles”. Es mejor adaptar las posibilidades de la persona a una situación dada de forma flexible y personalizada que intentar crear una superestructura de comportamientos muy sólidamente cons-

truida pero que ni se adapte a la situación ni pueda ser mantenida por el propio cliente sin la ayuda del terapeuta. Las indicaciones más actuales (Taylor, 1988) respecto a que frente a las visiones tradicionales centradas en los problemas resulta muy conveniente contrapesar dirigiendo la atención hacia los recursos positivos de las personas y a la potenciación de los mismos en su comportamiento resultan clave en esta nueva mirada a la investigación e intervención que nos propone la Psicología positiva (por otra parte, no tan alejada de los enfoques más clásicos de potenciación y capacitación o de competencia).

B) Estrategias basadas en las consecuencias

En los análisis funcionales de los problemas y en la propia formulación es frecuente identificar sucesos que actúan como consecuencias para algunos comportamientos del cliente, colaborando de este modo en el mantenimiento del problema. No cabe duda de que en estos casos puede resultar muy conveniente provocar un cambio en la relación de las consecuencias con los diversos comportamientos implicados. La mejor opción casi siempre será la de dirigir las consecuencias positivas hacia los comportamientos adaptativos e iniciar procedimientos de extinción o castigo para los desadaptativos. Este tipo de programas de control de contingencias ha demostrado una eficacia ejemplar en los comportamientos de autolesiones, estereotipias y otros comportamientos desadaptativos en personas con retrasos severos en el desarrollo, pero pueden ser igualmente útiles en el control de otros repertorios de comportamiento más generales.

De forma más general, los conjuntos de consecuencias que parecen preocupar más al cliente frecuentemente señalan las áreas más problemáticas y de mayor dificultad para la persona. Ya se indicó en su momento la utilidad de las técnicas de ideales de vida para identificar este tipo de procesos.

En la mayoría de las ocasiones el control de contingencias se asocia a los comportamientos emitidos por las personas del contexto próximo al cliente (familiares, compañeros, etc.). Siempre que sea posible, el psicólogo debe incluir a estas personas en los programas de intervención de modo que sea posible indicarles o ayudarles a controlar de forma más adaptativa las contingencias que mantienen los comportamientos de nuestro cliente.

C) Estrategias basadas en los antecedentes

Al realizar el análisis de secuencias es muy frecuente identificar situaciones en las que el problema aparece con mayor frecuencia, intensidad o duración y situaciones en las que los parámetros son menores o, sencillamente, el problema no aparece. Este hecho señala en primer lugar las situaciones que controlan el problema y en segundo ayuda a identificar las variables que inciden en su aparición. Esta información es muy útil a la hora de diseñar el tratamiento ya que indica las variables que, de hecho, ya están controlando el comportamiento de la persona. En muchas ocasiones esta información se utiliza para seleccionar varia-

bles y para delimitar la temporización del tratamiento. Por ejemplo: es frecuente identificar cómo un fumador fuma más en situaciones sociales. Esta información puede definir algunas de las líneas de intervención y ayudar a planificar las estrategias para cada situación de forma diferencial en la forma y en el tiempo.

Una de las relaciones más frecuentemente incluidas en las formulaciones clínicas tiene que ver con las reacciones (ansiedad, estrés, etc.) de las personas ante distintos estímulos o situaciones. En estos casos la delimitación del estímulo es clave para la selección del tratamiento. Un buen ejemplo lo pueden constituir los estímulos fóbicos, que desencadenan reacciones de miedo en las personas. Parece claro que para decidir el tipo de tratamiento es imprescindible identificar el estímulo o conjunto de estímulos y distinguir entre distintas intensidades del mismo.

Finalmente, dentro de este grupo de estrategias, en ciertas ocasiones algunos estímulos se identifican como iniciadores (activadores o inhibidores) de toda una cadena comportamental. En estos casos el control de estímulos puede llegar a convertirse en una de las estrategias de cambio utilizadas por el terapeuta. Es obvio que para conseguir ese control de estímulos el psicólogo debe conocer con cierto detalle su funcionamiento e incluirlos en el diseño del tratamiento.

D) Estrategias relacionadas con el desarrollo

Mediante el análisis del desarrollo de los problemas se puede llegar a identificar distintas variables que a lo largo de la vida pueden haber tenido, y tener todavía, un papel importante en el inicio, desarrollo y mantenimiento de los problemas de la persona. Factores propios del desarrollo personal, situaciones vividas por la persona, estabilidad de ciertos comportamientos o contingencias y estados de cambio pueden suponer algunos de los ejemplos más claros al respecto.

Las posibles dificultades o los deterioros en el desarrollo de la persona pueden ofrecer un marco explicativo de algunos problemas y, aunque generalmente es difícil incidir y modificar este tipo de variables, sí puede actuarse sobre sus consecuencias una vez que se han comprendido mejor. Por otra parte, las situaciones vitales a las que se ha podido ver expuesta la persona a lo largo de su vida pueden determinar algunos problemas actuales. Los procesos de aprendizaje relacionados con asociaciones clásicas o pavlovianas, aprendizajes vicarios o de reglas pueden controlar el comportamiento actual de la persona y, en ese sentido, ser fuente de variables incluidas en los tratamientos. Dentro de los sucesos vitales estresantes tienen especial importancia los que hayan podido implicar transacciones traumáticas: el abuso sexual, las agresiones de todo tipo, las catástrofes, etc., que se configuran en conjuntos de variables a considerar en las intervenciones. Por último, conocer qué situaciones han controlado el problema anteriormente, si es que ha llegado a ocurrir, puede ayudarnos a identificar las variables que habrá que incluir en el tratamiento actual. Un cuarto aspecto algo distinto de los anteriores tiene que ver con el estudio de los patrones de comportamiento o de contingencias que se han mantenido durante largos períodos de la vida de la

persona y que pueden considerarse inherentes a su comportamiento actual. Por ejemplo: algunos patrones de relación con la autoridad se mantienen desde la infancia o adolescencia y trascienden todas las figuras de autoridad; las variables implicadas deben ser muy similares, o las mismas, en todas esas situaciones. Para terminar esta categoría, el reconocimiento del estadio de cambio (DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985) en el que se encuentra la persona en cada momento puede determinar el tipo de actuación, ya que, como se verá, es necesario tener un conocimiento de ese tipo de variables para su inclusión en el diseño temporal del tratamiento.

E) Cambiar estrategias de afrontamiento

En muchas ocasiones el psicólogo contemplará ciertos conjuntos especiales de respuestas que se agrupan bajo la etiqueta de habilidades, características o estilos de afrontamiento. En un número importante de pacientes la modificación, en distintos sentidos, de este tipo de estrategias se constituye como uno de los objetivos de la intervención. El cliente puede presentar estrategias de afrontamiento que perpetúen o incidan en la génesis de los problemas y, a la vez, otras que tienen cierto éxito en el control de los mismos. El psicólogo debe identificar adecuadamente, como se ha adelantado con un criterio constructivo, las estrategias de afrontamiento a eliminar y aquellas a fomentar en cada caso y situación.

F) Estrategias basadas en el diagnóstico y estrategias nomotéticas

Ya se ha dedicado algún espacio a señalar las limitaciones de las estrategias exclusivamente ideográficas para el diseño de los tratamientos. También se han señalado las dificultades encontradas en el empleo de estrategias exclusivamente nomotéticas o taxonómicas. Parece claro que cualquier acercamiento a este tema deberá considerar estrategias ideográficas, como las recogidas hasta ahora en este bloque, y estrategias nomotéticas derivadas de los modelos teóricos psicopatológicos y de las terapias de manual propuestas para tratar cada una de las principales categorías diagnósticas. Así, parece claro que la selección de variables sobre las que intervenir ha de tener en cuenta las incluidas en los modelos teóricos sobre los que se asientan las terapias con base empírica para poder desarrollar de forma personalizadas el tratamiento con mayor evidencia para cada trastorno. Un acercamiento razonable para el clínico podría suponer la revisión de los principales modelos propuestos para los trastornos que presente el paciente y analizar en cierto detalle el ajuste de cada uno de ellos, de forma completa o por segmentos, al caso en cuestión. Hay que recordar que en esta ocasión el orden de los factores sí altera el producto. No es lo mismo estudiar el ajuste de los modelos a nuestro caso que encajar nuestro caso en los modelos que conocemos.

En este mismo sentido apuntan las directrices de la Sección 12 de la *American Psychological Association* (Psicología clínica) en sus informes de tratamientos basados en la eviden-

cia. Esta línea de trabajo ha identificado la evidencia empírica que apoya la eficacia de los tratamientos psicológicos para algunos de los principales trastornos mentales y defiende la aplicación de los tratamientos directamente a partir del diagnóstico DSM-IV-TR. En el cuadro 6.1 se incluyen algunos de los tratamientos psicológicos con evidencia empírica de su eficacia en distintos trastornos.

La aparente contundencia de este cuadro debe contrapesarse con los argumentos esgrimidos anteriormente respecto a la necesidad de ser cautos a la hora de aplicar los tratamientos de manual. Ya se ha destacado que son muy pocas las ocasiones en las que pueden aplicarse directamente estos tratamientos a partir exclusivamente del diagnóstico y habitualmente precisan un ajuste personalizado al cliente mediante la utilización de la información incluida en la formulación clínica del caso. A pesar de esto, este tipo de información tiene una gran importancia a la hora de diseñar los tratamientos.

De forma complementaria, el evaluador puede emplear otras alternativas taxonómicas para ayudarse en esta compleja tarea. Entre ellas, cabe destacar las siguientes:

- *Experiencia clínica anterior*: el estudio de casos clínicos anteriores, propios o publicados por otros autores, que pueden tener parecido con el actual puede dar indicios en la búsqueda y definición de las variables sobre las que intervenir y las técnicas a utilizar.
- *Modelos matemáticos*: esta herramienta está empezando a usarse en la EPC, aunque ha sido utilizada con éxito en otras disciplinas. Se trata de aplicar modelos de decisión matemática a los problemas. Los modelos de análisis matemático de contingencias o la aplicación incipiente de modelos multivariados al caso individual pueden ser herramientas de gran futuro en este ámbito.
- *Decisiones clínicas*: igualmente pueden seleccionarse variables en función de criterios “clínicos” (no especificados). Se trata de las decisiones tomadas sobre la base de heurísticos no descritos por el evaluador. Son decisiones menos justificadas, pero que han demostrado su utilidad cuando el evaluador dispone de una experiencia notable en el tratamiento de problemas similares.

6.2.2. Selección de las técnicas

Una vez decididas las variables y situaciones objeto de intervención, se debe pasar a la selección de las técnicas de psicoterapia más adecuadas en cada caso. Éste es el momento en el que la influencia de las denominadas terapias de manual es más evidente. La consideración de los protocolos incluidos en este tipo de manuales es una de las fuentes más importantes y determinantes a la hora de seleccionar técnicas de intervención. La evidencia acumulada respecto a la superioridad de algunos procedimientos respecto a otros se configura como uno de los criterios de selección de estrategias de intervención más importante en la actualidad. En algunos países comienza a haber directrices de las aseguradoras y agencias públicas al respecto y, subsidiariamente, empiezan a aparecer las primeras denuncias de malas

Cuadro 6.1. Cuadro resumen de tratamientos con apoyo empírico para algunos de los principales trastornos psicológicos, a partir de Nathan y Gorman (1998).

Trastorno	Tratamiento psicológico
<i>Trastornos por uso de sustancias (alcohol y drogas)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento cognitivo-conductuales compuestos (habilidades sociales, reforzamiento comunitario y terapia marital) • Tratamientos psicosociales para acompañar los programas de metadona
<i>Depresión</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia conductual • Terapia cognitiva (reestructuración cognitiva) • Terapia interpersonal
<i>Trastorno bipolar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos cognitivo-conductuales para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico
<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitivo-conductual (relajación y terapia cognitiva)
<i>Fobias específicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapias de exposición
<i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitivo-conductual (exposición y prevención de respuesta)
<i>Trastorno de pánico (con y sin agorafobia)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitivo-conductual (exposición en vivo, educación, control del pánico y exposición a las sensaciones corporales)
<i>Trastorno de estrés postraumático</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapias de exposición (desensibilización sistemática, inundación, exposición prolongada e implosión) • Programas de control de la ansiedad y el estrés
<i>Fobia social</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Programas cognitivo-conductuales (exposición, habilidades sociales y relajación)
<i>Trastornos disociativos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia psicoanalítica • Hipnosis
<i>Trastornos sexuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia sexual tipo Master y Johnson
<i>Trastorno somatoforme (dolor)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de grupo cognitivo-conductual para reducir el estrés y mejorar el funcionamiento psicosocial
<i>Esquizofrenia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación psicosocial para mejorar el funcionamiento psicosocial, potenciar las ganancias de la medicación y detener el deterioro

(.../...)

Cuadro 6.1. (continuación)

Trastorno	Tratamiento psicológico
Anorexia y bulimia	<ul style="list-style-type: none">• Terapias cognitivo-conductuales compuestas y específicas
Trastornos del sueño	<ul style="list-style-type: none">• Terapia cognitivo-conductual (control de estímulos, restricción del sueño, relajación y terapia cognitiva)
Trastornos de la personalidad	<ul style="list-style-type: none">• Tratamientos cognitivo-conductuales compuestos (exposición graduada y habilidades sociales focalizadas en las relaciones íntimas)• Terapia dialéctico-conductual• Terapia psicodinámica breve

prácticas profesionales contra psicólogos. El psicólogo, al elegir una u otra alternativa, puede hacer un ejercicio consistente en imaginar que, sentado en un estrado, responde ante un juez la pregunta del fiscal: “Si usted conocía la mayor efectividad de esta técnica, ¿por qué utilizó otra?”.

Para ayudar a esta selección en los casos en los que se decida introducir cambios en el protocolo propuesto por los manuales o en los que el propio psicólogo, considerando todo lo anterior, se decida a planificar completamente el tratamiento, se puede señalar una lista de criterios de selección presentes en todos los casos y que pueden guiar la elección de estrategias:

1. Cada técnica seleccionada debe disponer de un cuerpo de investigación que avale su utilidad en el control de este tipo de variables, no de trastornos, puesto que un mismo trastorno puede responder a esquemas funcionales distintos.
2. Ha de existir una posibilidad real de puesta en marcha de cada técnica en nuestro caso (sujeto, problema, recursos, etc.) con garantías de eficacia.
3. Importa el nivel de experiencia personal previo con cada técnica en cuestión. Debe disponerse de un correcto entrenamiento antes de pasar a la aplicación de las distintas técnicas de psicoterapia.
4. Hay que considerar criterios económicos y comparar la idoneidad de distintas estrategias igualmente efectivas en el control de la variable meta desde los criterios económicos. A igualdad de todas las demás variables, siempre debe escogerse la más barata.
5. Se deben considerar las estrategias previas de las que dispone la persona, su estilo de afrontamiento y otras variables implicadas. Igualmente, es muy beneficioso contemplar la opinión de la persona respecto a qué técnica le conviene más o le resultaría más fácil llevar a cabo. Evidentemente, este proceso se realiza siempre bajo la guía del terapeuta.

6.2.3. Temporización del tratamiento

Una vez elegidas las técnicas que se van a utilizar, sólo resta ordenarlas temporalmente y comenzar su aplicación. El segundo paso recae más allá del límite de este libro. En cuanto al primero, el criterio tradicional sugería que siempre debe comenzarse el tratamiento por el problema que revista mayor gravedad o provoque mayor malestar en la persona. Aun manteniendo este criterio básico, los avances producidos en el campo de la Psicoterapia y la Terapia de conducta en particular hacen necesario añadir una lista más amplia de criterios en la toma de decisiones, que se resumen en cuatro grupos:

- *Criterios de gravedad:* el tradicional de comenzar la intervención por el problema que causa mayor malestar a la persona. Éste debe complementarse con los otros que señalan la gravedad social o el papel teórico de cada variable en el trastorno como elementos clave de decisión. Muchos regímenes totalitarios han empleado los criterios sociales y psicopatológicos como excusa para el internamiento de disidentes y, de esta forma, se han usado como herramientas represivas. La legislación y la ética profesional y personal del psicólogo deben proteger al cliente de este tipo de abusos para garantizar una interpretación no coercitiva de las conveniencias sociales y de los modelos psicopatológicos: ¿debe dejarse de intervenir en un caso de malos tratos porque la persona agresora no se sienta mal o no sienta que las agresiones son uno de sus problemas?, ¿debe dejarse de intervenir en un caso con delirios paranoides porque la persona no piense que esos pensamientos son problemáticos para ella?
- *Criterios constructivos:* siempre habrá que comenzar entrenando a la persona en las habilidades más básicas y, posteriormente, ir construyendo sobre las primeras, es decir, la intervención debe ajustarse al principio de aproximaciones sucesivas y de jerarquía de habilidades. Siempre dará mejores resultados construir que destruir. Por ejemplo: si un adolescente pasa sus tardes tirado en el sofá de su casa viendo la televisión, será mejor iniciar la intervención por un sistema de recompensa de las actividades alternativas comenzando por las más sencillas y, posteriormente, ir añadiendo eslabones a la cadena, que comenzar por un programa de castigos por estar viendo la televisión.
- *Criterios de momentos críticos de la intervención:* la investigación derivada de los modelos de cambio propuestos por DiClemente, Prochaska y Gibertini (1985) ha puesto de manifiesto que existen momentos críticos para el cambio y, por tanto, para la intervención. En los últimos años han aparecido propuestas de intervención que contemplan la posibilidad de identificar el estadio de disposición para el cambio de la persona, establecer un programa de acompañamiento y facilitación del cambio hasta que dicho estadio sea el óptimo y, sólo entonces, iniciar una intervención masiva y continuada que favorezca y consolide el cambio. Este tipo de propuestas, denominadas de momento crítico, nacen de los ámbitos de las drogodependencias y las adicciones en general, pero son perfectamente aplicables a otras categorías de problemas.

- *Criterios de adherencia:* para aumentar la adherencia al tratamiento (el mayor índice de fracasos de los tratamientos conductuales se debe a fallos en la adherencia de los clientes al programa de intervención) parece adecuado incluir en los primeros momentos técnicas muy eficaces que produzcan cambios fáciles de identificar por las personas, de modo que “se enganchen” al tratamiento. Un comienzo lento y sin muchos cambios puede producir el abandono del tratamiento antes de conseguir ningún efecto. Igualmente, en este grupo puede situarse el hecho de preferir intervenir sobre comportamientos que puedan producir generalizaciones rápidas en el medio social, de forma que el cambio sea más espectacular y obtenga mayores recompensas sociales.

En función de estos grupos de criterios (gravedad, jerarquía, momento y adherencia), se diseña el esquema temporal del tratamiento y se pone en conocimiento de la persona para su aprobación y comprensión. Al igual que en el caso anterior, la entrevista de devolución de información es un buen momento para ello. Después solamente resta su puesta en práctica y la evaluación de su efectividad.

Resumen

Apuntes para el diseño del tratamiento

Existen fuertes presiones económicas y políticas para conseguir la sistematización de la intervención psicológica a través del uso de herramientas diagnósticas sistematizadas y terapias de manual (agencias aseguradoras, agentes públicos, laboratorios, etc.).

El diseño del tratamiento es inseparable del proceso seguido hasta la formulación clínica del caso. Un punto de vista integrador debe asegurar la personalización del tratamiento a partir de la formulación y, a la vez, debe aprovechar todo el conocimiento acumulado mediante la evidencia empírica acerca de qué tratamientos son más eficaces y efectivos, para qué trastornos y sobre qué modelos teóricos se sustentan.

I. Objetivos de la intervención

Debe redactarse una lista de objetivos de la intervención similar a la lista de problemas. Las principales conclusiones de los trabajos realizados para facilitar esta tarea se resumen a continuación en que los objetivos:

- Han de ser descriptivos.
- Tienen que hacer énfasis en conseguir que el sujeto obtenga un nivel de ejecución efectivo en su medio ambiente.
- Deben considerar la especificidad de las situaciones.
- Han de ser individualizados para cada persona.
- Tienen que redactarse en forma constructiva, sobre lo que debe ocurrir.
- Han de tener en cuenta las jerarquías de habilidades y las conductas de acceso.
- Pueden incluir la modificación de constructos hipotéticos.
- Deben considerar los criterios diagnósticos DSM-IV o CIE-10.
- Han de tener en cuenta los modelos teóricos que sustentan la formulación del caso.
- Tienen que distinguir entre objetivos generales (mejorar la salud y la calidad de vida de la persona) y específicos (propios del caso).
- Han de considerar los criterios de adaptación, validez social y legalidad antes de delimitarlos finalmente.

2. Diseñando un tratamiento

Para diseñar un tratamiento a partir de una formulación es necesario identificar las variables sobre las que se quiere y se puede intervenir. En segundo lugar, deben seleccionarse las técnicas para controlar o modificar esas variables y, finalmente, ha de especificarse un plan temporal y de recursos de actuación.

Elección de variables sobre las que intervenir

Pueden emplearse distintas estrategias para delimitar esas variables:

- A) Estrategias basadas en las respuestas.
- B) Estrategias fundamentadas en las consecuencias.
- C) Estrategias basadas en los antecedentes.
- D) Estrategias relacionadas con el desarrollo.
- E) Cambiar estrategias de afrontamiento.
- F) Estrategias basadas en el diagnóstico y estrategias nomotéticas.

Selección de las técnicas

Sobre la lista de objetivos y las variables sobre las que se va a intervenir hay que seleccionar las técnicas de intervención. Pueden observarse los siguientes criterios:

- Cada técnica seleccionada debe disponer de un cuerpo de investigación que avale su utilidad en el control de este tipo de variables, no necesariamente de trastornos.
- Ha de existir la posibilidad real de puesta en marcha de cada técnica en nuestro caso.
- Debe disponerse de un correcto entrenamiento antes de pasar a la aplicación de las distintas técnicas de psicoterapia.

- Hay que considerar los criterios económicos.
- Se deben tener en cuenta las estrategias previas de las que dispone la persona, su estilo de afrontamiento y otras variables implicadas. Igualmente, es muy beneficioso contemplar la opinión de la persona respecto a qué técnica le conviene más o le resultaría más fácil llevar a cabo.

Temporización del tratamiento

Finalmente se diseña la aplicación en el tiempo de las técnicas elegidas. Deben contemplarse cuatro grupos de criterios:

- De gravedad. Se trata de comenzar la intervención por el problema que cause mayor malestar a la persona. Este criterio debe modularse por los aspectos legales y los conocimientos psicológicos acerca del funcionamiento de los trastornos.
- Constructivos. Siempre habrá que comenzar entrenando a la persona en aquellas habilidades más básicas y, posteriormente, ir construyendo sobre las primeras.
- De momentos críticos de la intervención. La investigación derivada de los modelos de cambio propuestos ha puesto de manifiesto la existencia de momentos críticos para el cambio y, por tanto, la intervención.
- De adherencia. Para aumentar la adherencia al tratamiento parece adecuado incluir en los primeros momentos técnicas muy eficaces o de efectos muy visibles que produzcan cambios fáciles de identificar por las personas, de modo que se facilite el “enganche” al tratamiento.

Exposición de un caso clínico

El tratamiento psicológico, su puesta en marcha y su funcionamiento no se encuentran entre los objetivos de un volumen como el presente centrado en la evaluación. Sin embargo, es necesario abordar los aspectos relacionados con su planificación para poder completar las labores de EPC. En ese sentido, se incluye un apartado relativo al diseño del tratamiento para el caso de Anakin. Este tratamiento debe entenderse como un acercamiento personalizado y determinado en el tiempo por las circunstancias presentes en el caso, pero de ninguna manera como una alternativa de intervención de manual para los trastornos de personalidad por evitación.

La primera preocupación de los terapeutas se dirigió a conseguir una adherencia al tratamiento, muy difícil de estimar *a priori* en este tipo de pacientes, y a modular las habilidades de los terapeutas para ajustarlas al paciente. Para conseguir ambos objetivos se eligió un estilo de intervención directo y en cierto modo desafiante, pero con una fuerte implicación de los terapeutas y una clarísima posición del lado del cliente. Se trataba de ganar la confianza del paciente de forma muy rápida para poder llegar a hacerle críticas abiertas a su comportamiento sin que pensase que se estaban riendo de él o que sus problemas no importaban suficientemente a los terapeutas. Se trató de implicar a los familiares y amigos del cliente hasta donde fue posible; algo más en el caso de los padres, muy poco en el caso de los hermanos, y nada en el de los amigos.

Como conclusión del proceso de evaluación previo al tratamiento se redactó una lista de objetivos del mismo que se incluye en el cuadro 6.2, donde puede observarse cómo los objetivos principales fueron los de estabilizar la situación para, enseguida, pasar a corregir las rumiaciones y los pensamientos de infravaloración personal y supervaloración social (ajustar sus contenidos y disminuir su frecuencia progresivamente). Después se acometió la labor de conseguir un comportamiento más adaptativo en las situaciones sociales y relacionadas con la agresión. Debíó reconstruirse la narrativa personal acerca de los principales sucesos vitales y de la propia interpretación de los mismos aprovechando todos los aspectos positivos y facilitadores de la adaptación. En último lugar, el paciente tendría que reducir progresivamente la medicación a niveles mínimos y poder prescindir de ella pasado un tiempo.

Respecto a las técnicas de intervención más idóneas para conseguir esos objetivos, fueron elegidas utilizando el esquema de objetivos/técnicas que se recoge en el cuadro 6.2. En una columna se colocaron los objetivos del tratamiento por orden de importancia temporal, primero los que deberían conseguirse antes y después los objetivos más a largo plazo.

Si el lector ha tenido alguna experiencia en el abordaje clínico de los trastornos de la personalidad, debe entender que los tratamientos son necesariamente complejos y prolongados en el tiempo. Con las técnicas actuales de intervención es muy difícil, por no decir imposible, alcanzar los objetivos clínicos de forma rápida en este tipo de problemas y los tratamientos se prolongan durante varios meses alcanzando todas las áreas de funcionamiento del cliente.

En el presente caso el tratamiento se planificó pensando en la superación secuencial de diversas fases:

- **1.ª Fase:** incluyó la evaluación previa, la devolución de información y las intervenciones rápidas en el control del nivel tónico de activación fisiológica y la mejora del estado de ánimo. Dado que el paciente ya recibía medicación con ese objetivo, solamente se incidió en el entrenamiento y en la aplicación del control respiratorio y de la relajación muscular (se incidió en los aspectos de meditación y relajación cognitiva de la misma). Esta conjunción de farmacoterapia y psicoterapia, unida a la nueva explicación y mejor comprensión del problema, debía producir una mejoría rápida del estado general de bienestar del paciente que permitiera abordar con ciertas garantías la segunda fase.
- **2.ª Fase:** se abordó el núcleo del problema y se modificaron los esquemas centrales de procesamiento que parecían mantener los problemas. Partiendo de la base de la autoobservación iniciada en la evaluación previa, se incidió en la reconceptualización de los problemas del cliente y en la re-estructuración cognitiva de sus ideas irracionales más nucleares. De forma casi paralela, se comenzó una labor de exposición in vivo a todos los problemas y a las situaciones temidas, acompañada de una labor de re-procesamiento en el caso de los estímulos asociados a la agresión.
- **3.ª Fase:** una vez conseguidos los objetivos de exposición y de adaptación y descenso de frecuencia de las rumiaciones e ideas irracionales, se procedió a la generalización de los logros obtenidos a todo el funcionamiento social y psicológico del paciente. Poco a poco, durante meses, se fue ajustando el comportamiento del cliente a los nuevos ámbitos sociales (amigos, trabajo, pareja y sexo, etc.) que fueron apareciendo en su vida. Durante una fase del tratamiento se incluyó al cliente en un grupo de autoayuda y habilidades sociales que le facilitase algunos

Cuadro 6.2. Objetivos de la intervención y técnicas de tratamiento.

Objetivos	Técnicas
<i>Disminuir la activación fisiológica</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración y relajación
<i>Mejorar el estado de ánimo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de actividades placenteras, desde las menos hasta las más sociales
<i>Corregir las rumiaciones (pareja, soledad, no saber qué le ocurre, etc.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Desdramatización de su situación vital actual • Reconstrucción de la estructura narrativa y atribucional del cliente comenzando por la autoobservación y la devolución de información • Reestructuración cognitiva • Tiempo basura
<i>Reestructurar los pensamientos de infravaloración</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Ejercicios de mejora de la autoestima
<i>Aumentar las conductas sociales adecuadas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición y autoexposición en vivo a situaciones sociales • Entrenamiento en habilidades sociales • Cambio de arreglo y estilo personal • Ruptura de las evitaciones
<i>Afrontar con normalidad los estímulos relacionados con la agresión</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reprocesamiento de la agresión (oral y escrito) • Exposición y autoexposición en vivo a los estímulos temidos • Ruptura de las evitaciones
<i>Reestructurar las ideas sobrevaloradas de la sociedad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva
<i>Aumentar las relaciones sociales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de actividades sociales • Inclusión en ambientes de alto contacto social (deportivos, academias, laborales, clubes, etc.)
<i>Reconstruir la narrativa de los principales sucesos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Devolución de información • Diario de pensamientos • Desafío y ruptura continuada de ideas irracionales y preconcebidas
<i>Reducir la medicación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con el psiquiatra, reducción de la medicación de forma progresiva y en función de los avances obtenidos

de los objetivos más generales relacionados con las habilidades sociales y la ampliación de su red de apoyos sociales y amigos. Esta fase fue terminando progresivamente, con sesiones cada 15 días cada mes y seguimientos cada tres meses durante dos años. Los resultados nos hacen pensar que valió la pena el esfuerzo final.

Preguntas de autoevaluación

- I. Los objetivos del tratamiento:
 - a) Deben ser descriptivos y constructivos.
 - b) Han de reflejar los intereses del cliente en primer lugar.
 - c) Deben ir de lo general a lo específico.
 - d) No tienen por qué considerar los criterios diagnósticos.
 - e) Pueden redactarse de forma independiente a la formulación.

2. Al diseñar un tratamiento debe tenerse en cuenta:
 - a) El cuerpo de investigación que avala la efectividad de cada técnica.
 - b) Nuestro entrenamiento en la técnica y la posibilidad real de ponerla en marcha.
 - c) Los criterios económicos y de eficiencia.
 - d) Los recursos previos, el estilo personal y las preferencias del cliente.
 - e) Todas son correctas.

3. Al seleccionar la primera técnica para aplicar en un tratamiento es especialmente importante:
 - a) Tener en cuenta los criterios de adherencia al tratamiento y tratar de provocar un efecto rápido.
 - b) Considerar los criterios económicos (empezar por la más barata).
 - c) Que vaya dirigida al problema más grave del cliente para controlar el sufrimiento lo antes posible.
 - d) Comenzar con la primera queja que manifestó el cliente durante la evaluación.
 - e) Empezar siempre por un entrenamiento en autoobservación, ya que siempre va a ser necesario y ayuda a centrar al cliente en sus problemas.

4. Los denominados tratamientos de manual se aplican a partir:
 - a) De la formulación clínica.
 - b) Del diagnóstico.
 - c) De los perfiles de personalidad de la persona.
 - d) Del análisis funcional de cada problema.
 - e) De la orientación teórica del terapeuta.

7

Evaluación de seguimiento y resultados

La evaluación no termina con el inicio del tratamiento, sino que se prolonga a lo largo del mismo y posteriormente, una vez finalizado, durante el seguimiento. En este capítulo se abordan en primer lugar todos los puntos relacionados con la medida del cambio durante el tratamiento y después se revisa con cierto detalle el panorama actual sobre el seguimiento y la medida de resultados (*outcomes*) de las intervenciones en Psicología clínica.

Nuestro punto de partida para acercarnos a la medida del cambio durante y tras el tratamiento puede ser la propuesta de Lipsey y Pollard (1989) denominada “modelo básico de los dos pasos”, que hemos desarrollado en otros lugares con cierto detenimiento (López y Muñoz, 1995).

El modelo de dos pasos, descendiente de los modelos causales, pide al evaluador que identifique los grupos de variables dependientes principales del proceso de intervención (figura 7.1). En primer lugar, debe señalarse un grupo de variables próximas que se espera que cambien como resultado directo del tratamiento y que se consideran condición previa para lograr el éxito de la intervención. Este primer grupo de variables está plasmado en los objetivos específicos de las técnicas de tratamiento (por ejemplo, descensos de ansiedad ante una audiencia) y frecuentemente contiene variables coincidentes con la lista de problemas del caso y con las listas de criterios diagnósticos DSM-IV. Normalmente se interpretan los cambios en este grupo de variables como efectos específicos o primarios y tienden a ser evaluados como parte de la aplicación de las propias técnicas de tratamiento. Una parte importante de las evaluaciones de seguimiento o de resultados abusan de este tipo de efectos, hasta tal punto que en algunos casos son los únicos indicadores del cambio y de la eficacia de la intervención. Sin embargo, es necesario considerar un segundo grupo de variables, más distantes, que representarían el beneficio global esperado por el proceso de intervención como consecuencia del cambio de las variables más próximas. Estamos hablando de efectos más globales o secundarios, como los cambios observados en la salud general, la calidad de vida, etc. (la persona que ya ha conse-

guido enfrentarse a una audiencia sin temor debe comenzar a hacerlo y obtener de este modo otros beneficios como mayor éxito profesional y mayor satisfacción personal, por ejemplo). Este tipo de efectos, aunque puede y debe observarse durante el tratamiento, tiende a medirse una vez finalizado, ya que con frecuencia los cambios observables de estas variables se producen más lentamente y necesitan un tiempo para llegar a ocurrir o a manifestarse.

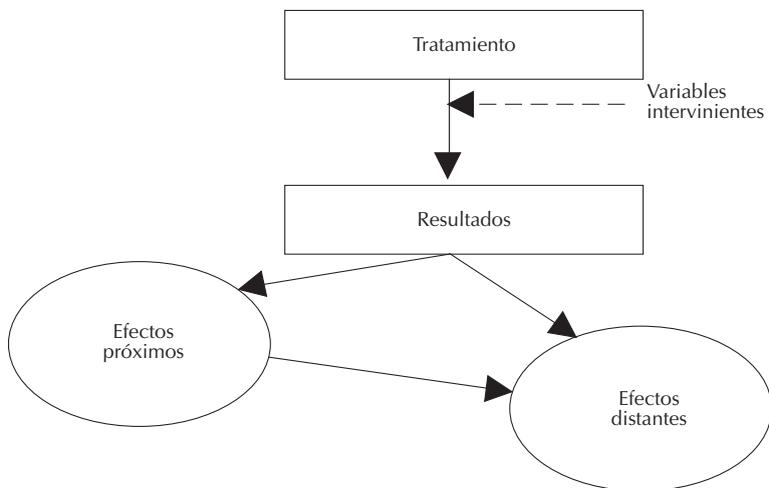


Figura 7.1. Modelo de los dos pasos [López y Muñoz (1995), adaptado de Lipsey y Pollard (1989)].

7.1. Características, funciones y estrategias de la evaluación durante el tratamiento

A lo largo del tratamiento debe mantenerse una evaluación continuada que permita seguir la marcha del paciente y los cambios que vayan ocurriendo en su vida de forma que puedan identificarse las mejorías y los posibles problemas o recaídas de la manera más rápida posible. Este seguimiento permitirá la puesta en marcha en cada caso de las estrategias más adecuadas a las circunstancias vitales de la persona y su contexto. Estos cambios pueden o no deberse al tratamiento; por ejemplo, debemos identificar los efectos de una exposición a diversos estímulos, pero igualmente hemos de permanecer atentos a posibles cambios laborales o situaciones familiares que puedan afectar positiva o negativamente a la marcha de la intervención.

Este tipo de evaluación está en función directa del esquema de formulación clínica del caso más que del propio tratamiento, aunque existen otros factores que afectan a la EPC en esta fase. Por un lado, cada técnica señala unos objetivos propios que deben evaluarse de forma específica en cada ocasión y, por otro, los cambios en la vida del paciente que pueden afectar al ritmo y rumbo de la intervención generalmente son inesperados y difícilmente se puede prever una evaluación con anterioridad a que ocurran. Sin embargo, pueden señalarse algunas características que tiene que cumplir este momento de la EPC para ajustarse adecuadamente a sus objetivos. La EPC durante el tratamiento debe ser:

- Sencilla y breve. No debe ocupar más de unos minutos en cada sesión. Si implica tareas del paciente, tienen que ser útiles al tratamiento o necesariamente breves y fáciles de realizar; en caso contrario, puede darse el caso de que dediquemos más actividad y tiempo a la evaluación de los efectos del tratamiento que al propio tratamiento en sí.
- Sensible a pequeños cambios. Los cambios acaecidos durante la aplicación del tratamiento pocas veces ocurren de forma brusca; generalmente aparecen de forma gradual y con efectos pequeños. Por tanto, los instrumentos deben ser sensibles a los cambios de poca intensidad que puedan ir apareciendo.
- Rutinaria. Como ya se ha adelantado, la evaluación durante el tratamiento no debe interferir con él, por lo que, además de breve, parece conveniente establecer una rutina de evaluación que permita llevarla a cabo con poco coste de atención por parte del terapeuta y del paciente o usuario del servicio. Una buena práctica puede consistir en incluir al principio de cada sesión algunos minutos dedicados a mantener las estrategias de exploración inicial aplicadas a la observación de cambios en el paciente. Puede continuarse con algunas preguntas relativas al período entre sesiones (tareas para casa, sucesos, evolución de cada problema, etc.) y seguir con la revisión de los autorregistros del mismo período. En caso de utilizar algún cuestionario, podemos aplicarlo igualmente en estos primeros momentos de la sesión.

De este modo, la evaluación durante el tratamiento debe cumplir las siguientes funciones:

- Identificar los posibles cambios en las variables próximas.
- Identificar los posibles cambios en variables distantes.
- Ayudar a detectar los cambios en las variables intervinientes, generalmente menos predecibles.

Para conseguir estos objetivos, la evaluación puede tomar distintas formas a lo largo del tratamiento y que son más complementarias que alternativas. Haciendo un resumen pueden señalarse las siguientes:

- En primer lugar, la *evaluación del proceso y resultado de cada técnica de tratamiento* empleada. Generalmente este tipo de evaluación aparece en los propios protocolos de aplicación de las técnicas y no merece un comentario aparte, salvo el de recordar que cada técnica de intervención conlleva la puesta en marcha de controles evaluativos para asegurarnos de su correcta aplicación y uso. Por ejemplo: la medida del malestar o ansiedad ante cada situación en los distintos momentos de la aplicación de una técnica de exposición.
- En segundo lugar, la *evaluación del proceso de cambio durante el tratamiento*. Se trata en este caso de seguir el proceso de cambio en los distintos momentos y fases del tratamiento. Las variables a considerar en este punto están menos relacionadas con las técnicas que en el punto anterior. En cambio, en esta forma de evaluación se incluyen variables más directamente relacionadas con los objetivos del tratamiento. Esta segunda opción es la más propiamente relacionada con la medida del cambio durante el tratamiento y será la que abordemos en mayor detalle en este punto.
- En tercer lugar, la *evaluación de resultados que puede llevarse a cabo durante y después del tratamiento*. Se centra en la evaluación del cambio global, tanto en las variables próximas como distantes. Debido a sus particularidades, se verá con mayor detalle más adelante en este mismo capítulo.

Generalmente la principal herramienta utilizada para la evaluación durante el tratamiento ha sido el propio juicio subjetivo del terapeuta que va valorando la evolución del paciente a lo largo de la intervención y, en muchos casos, es la única medida para decidir las posibles modificaciones e incluso la finalización del tratamiento cuando se alcanzan los objetivos señalados a su inicio. Resulta evidente que el juicio valorativo del terapeuta tiene que ser un instrumento clave en la evaluación del cambio durante el tratamiento, pero también es fácil entender que los sesgos unidos a este tipo de juicios son importantes y que no sólo resulta conveniente, sino imprescindible, fundamentar éstos en datos objetivos además de con otro tipo de evidencia que nos permita mantener unos criterios de calidad adecuados también en este momento del proceso de EPC.

Para conseguir mantener estos criterios de calidad en un nivel óptimo disponemos de las distintas técnicas de evaluación psicológica que han demostrado su calidad, utilidad, sencillez y sensibilidad a pequeños cambios en la variable a medir. Debe señalarse que en este momento de la evaluación el paraguas de calidad que suponía el contraste de las hipótesis a lo largo del proceso de evaluación ha desaparecido, es decir, en este tipo de evaluación la calidad de las técnicas vuelve a tener un papel fundamental que no puede olvidarse. En los siguientes puntos se revisan algunas de las más frecuentemente utilizadas en la evaluación durante el tratamiento.

Como se ha adelantado anteriormente, la evaluación durante el tratamiento tiene el objetivo principal de identificar los posibles cambios en el comportamiento, ambiente y, en general, la situación vital del paciente a lo largo de la intervención, tanto debidos a los efectos del propio tratamiento como a los efectos de posibles variables intervinientes en el pro-

ceso. Para poder determinar el nivel de eficacia del tratamiento una de las funciones principales consiste en ir identificando los cambios que afectan a sus objetivos y a la lista de problemas del paciente. De esta forma podremos seguir el proceso de cambio, identificar tempranamente los problemas que puedan entorpecerlo y decidir cuándo la intervención ha conseguido sus objetivos.

7.1.1. Indicadores del cambio

El primer paso, previo a la aplicación de cualquier técnica o estrategia de evaluación, consiste en seleccionar los posibles indicadores del cambio. Dicha selección estará en función directa de la formulación clínica del caso y del análisis funcional realizado para cada problema e incluido en la misma. Igualmente, debe considerarse en este punto la lista de problemas definitiva y los objetivos del tratamiento. Teniendo en cuenta toda esta información, se planteará una lista de indicadores del cambio que afecten a las distintas variables implicadas. Resulta más interesante escoger algunos indicadores fáciles de medir y sensibles que ser muy exhaustivos en su selección intentando medir todas y cada una de las variables implicadas. Recuérdese que lo que se intenta es un seguimiento del proceso de cambio y no una monitorización total de todas las variables implicadas, algo que, por otra parte, podría llegar a imposibilitar la intervención misma.

Entre estos indicadores podemos incluir desde elementos observables en la exploración inicial (por ejemplo, arreglo personal) hasta medidas objetivadas en un cuestionario (por ejemplo, estado de ánimo a través del BDI), pasando por índices de relaciones sociales, de funcionamiento psicosocial o de estado general de salud. En definitiva, se trata de evaluar los posibles cambios ocurridos en las variables dependientes como resultado del tratamiento y de las variables intervinientes que pueden haber actuado sin nuestro control.

7.1.2. Entrevista: preguntas relativas al cambio

Como puede suponerse, la entrevista supone la primera entre las estrategias de evaluación del cambio a lo largo del tratamiento. Cada sesión de tratamiento nos permite llevar a cabo pequeñas entrevistas de evaluación. Los primeros minutos de cada sesión pueden dedicarse a este tipo de minientrevistas de seguimiento para:

- a) Realizar un seguimiento de la puesta en marcha de las distintas técnicas de tratamiento puestas en marcha en ese período, especialmente lo relativo a las “tareas para casa” de cada momento de la intervención.
- b) Explorar los posibles cambios en variables próximas que pueden estar apareciendo o no cuando se espera.

- c) Permanecer atentos a cambios en variables más distantes, como el bienestar, los cambios en el estado de ánimo, los aumentos de la calidad de vida, etc.
- d) Identificar lo antes posible los cambios en las variables intervinientes que pueden interactuar con el tratamiento en sentido positivo o negativo.

De esta forma, recordar en estos primeros momentos de cada sesión todo lo comentado respecto a la exploración inicial parece ciertamente recomendable. Añadir algunas preguntas relativas al período entre sesiones resulta igualmente muy conveniente, a la vez que completamos la minientrevista con preguntas de sondeo sobre aspectos más generales de la vida del paciente. En el cuadro 7.1 se resumen algunas de las principales tareas y funciones de este tipo de minientrevistas de seguimiento.

Cuadro 7.1. *Tareas de la minientrevista de seguimiento.*

<i>Observación</i>	<i>Revisión</i>	<i>Conversación</i>
<ul style="list-style-type: none">• Indicadores de cambios, como venir solo o acompañado a la consulta, arreglo e higiene personal, etc.	<ul style="list-style-type: none">• Tareas para casa• Autorregistros y diarios• Cambios en problemas y síntomas concretos (VVDD)	<ul style="list-style-type: none">• Estado general el día de la sesión• Estado general en el período entre sesiones• Cambios globales en la vida de la persona

La puesta en marcha de este tipo de entrevistas puede aportar mayor fundamentación empírica a los juicios clínicos valorativos del cambio que todo terapeuta va haciéndose a lo largo del proceso de intervención. Dicha valoración deberá complementarse con la información proveniente de las demás estrategias de valoración del cambio incluidas en el proceso.

7.1.3. *Cuestionarios, inventarios y escalas*

Aunque la repetición de cuestionarios a lo largo del tiempo no es la mejor aplicación posible de este tipo de instrumentos, la necesidad de contar con distintas fuentes de información en todo momento hace conveniente su utilización para la evaluación del cambio durante el proceso de tratamiento. De forma complementaria, el uso de cuestionarios puede aportar una visión más cuantitativa al juicio clínico derivado de las estrategias de entrevista.

La utilización de cuestionarios para este fin hace necesaria la consideración de algunas características básicas que deben observar los instrumentos elegidos:

- Deben ser breves y sencillos.
- Han de contar con formas paralelas o haber demostrado su utilidad cuando se emplean repetidamente.
- Tienen que ser sensibles a pequeños cambios. En esta línea, parecen más útiles los instrumentos que incluyen escalas tipo Likert o escalas de caras o puntuaciones.
- Debe existir la posibilidad de aplicación a situaciones concretas o a intervalos temporales determinados.

Afortunadamente existen instrumentos que reúnen todas las características anteriores y que, por tanto, resultan muy adecuados para su uso repetido a lo largo del proceso de tratamiento. Buenos ejemplos pueden ser el BDI como índice de la evolución del estado de ánimo, el STAI-E aplicado a distintas situaciones potencialmente ansiógenas, los termómetros de bienestar, las escalas de caras o instrumentos sencillos y breves, como el GHQ-12 para medir los cambios en el estado general de salud.

7.1.4. *Autorregistro continuado*

En términos generales el autorregistro puede considerarse como el método más recomendable para llevar a cabo una evaluación del cambio a lo largo del tiempo. Los distintos procedimientos de autorregistro, desde el autorregistro de frecuencias hasta los diarios, cuentan con varias ventajas que les hacen muy recomendables para acompañar la entrevista y los cuestionarios en esta fase del proceso de EPC. En primer lugar, los pacientes normalmente han sido entrenados en el autorregistro durante la fase de evaluación pretratamiento, por lo que su aplicación posterior no añade dificultad al proceso de intervención. En segundo lugar, en la mayoría de los casos los programas de tratamiento insisten en la conveniencia de conseguir una mayor autoobservación por parte del paciente de su comportamiento y las contingencias asociadas al mismo. Los autorregistros resultan en este sentido tan útiles que muchos programas de intervención los incluyen como técnicas de tratamiento; aprovecharlas para mantener la evaluación es solamente una ganancia secundaria que no vale la pena desperdiciar. En tercer lugar, ofrecen unas posibilidades únicas de aunar distintos aspectos cualitativos (por ejemplo, los contenidos de ciertas ideas irracionales), cuantitativos (la frecuencia de aparición de las mismas, por ejemplo) y contextuales (los contextos en los que tienden a aparecer). En cuarto lugar, los autorregistros ayudan a dirigir la atención del paciente hacia el cambio; son sobradamente conocidos los problemas que algunos pacientes tienen para identificar adecuadamente los cambios que se están produciendo en su vida, especialmente las mejorías.

Todas las ventajas anteriormente citadas no deben hacer olvidar al clínico el hecho de que los autorregistros han de ir retirándose conforme avanza la intervención para ir eliminando la atención al problema que inicialmente ha sido tan beneficiosa y finalmente podría llegar a resultar perjudicial. Evidentemente, estamos manteniendo un nivel de generalización muy amplio y cada caso, sobre todo algunos tipos de problemas, merecerá una aten-

ción especial y posiblemente encontremos ocasiones en las que el uso del autorregistro no pueda estar recomendado ni siquiera en la evaluación pre-tratamiento.

Las estrategias de autorregistro empleadas pueden ser muy diversas. Frecuentemente se usan los mismos procedimientos que durante la fase de pre-tratamiento con ligeras modificaciones que los simplifiquen. Por ejemplo: puede reducirse la información contenida, centrándolo al paciente nada más que en los sucesos clave o en los mejores indicadores del cambio. Igualmente, podemos reducir la frecuencia, por ejemplo muestreando una hora al día, un día a la semana, una semana al mes, etc. según el problema y el momento del proceso de intervención en el que nos encontremos. También podemos cambiar el tipo de técnica de autorregistro, por ejemplo pasar de una estrategia de autorregistro completa e inmediata (anotar cada vez que aparece el suceso distintos aspectos situacionales, cognitivos, fisiológicos, motores, anteriores y posteriores) que ayuda a recoger la máxima información posible a otra menos completa y retardada en el tiempo, como la redacción de un diario que, sin embargo, ayuda al paciente a ir construyendo y narrándose a sí mismo el proceso de cambio en el que está inmerso.

7.1.5. Informes de terceras personas

Finalmente, deben destacarse en un lugar principal los informes de terceras personas acerca de la evolución del paciente. Este tipo de informes es especialmente útil para contrastar nuestra información, generalmente obtenida en el contexto de aplicación del tratamiento (consulta, hospital o centro de salud), con la proveniente del contexto natural en el que se desarrolla la vida del paciente. Desde este punto de vista, los informes de familiares, amigos o personas que conviven con el paciente, compañeros o superiores en el trabajo, etc. han llegado a tener un lugar principal entre las medidas del cambio. Igualmente, los informes de otros profesionales, médicos, trabajadores sociales, abogados, etc., pueden resultar de la máxima importancia en algunos tipos de problemas y situaciones. La información aportada por los informantes puede recogerse a través de entrevistas con los mismos o mediante informes solicitados por escrito (especialmente a otros profesionales). Sin embargo, es cada vez más frecuente que los cuestionarios actuales desarrollados con el objetivo claro de servir para la medida del cambio incluyan distintas versiones para usuarios e informantes (por ejemplo: el Schizom, instrumento para la medida de resultados de la intervención en la esquizofrenia, incluye módulos complementarios para usuarios e informantes que pueden ser familiares o profesionales; puede verse una aplicación del Schizom en Madrid en Muñoz *et al.*, 1999).

7.1.6. Instrumentos compuestos

En respuesta a la demanda de instrumentos de evaluación que permitan monitorizar el cambio durante y una vez terminado el tratamiento, en los últimos años diversos autores

han desarrollado instrumentos compuesto de medida del cambio válidos para emplearse durante y tras el tratamiento. Dos buenos ejemplos de ese tipo de instrumentos son el Cuestionario de resultados (Lambert *et al.*, 1994) y el sistema COMPASS para el seguimiento de pacientes ambulatorios (Howard *et al.*, 1993). En ambos casos se revisan distintos dominios de funcionamiento a lo largo del tratamiento.

El *Cuestionario de resultados* parte de la conceptualización de Lambert de mediados de la década de los 80 acerca de la importancia de evaluar durante la terapia tres ámbitos de la vida del paciente: malestar subjetivo; relaciones interpersonales, y ejecución de roles sociales. El instrumento es un cuestionario auto-administrado que incluye 45 ítems que cubren las tres dimensiones propuestas y que ha demostrado su utilidad cuando se usa repetidamente a lo largo de la intervención (por ejemplo: evaluación inicial, al final de cada fase del tratamiento y al final del tratamiento y de los seguimientos). Es barato, breve (10 min), sensible al cambio y mantiene unos índices de fiabilidad y validez aceptables. Ofrece una puntuación global (0 a 180) y puntuaciones parciales de Malestar por los síntomas (22 ítems), relaciones interpersonales (11 ítems) y rol social (9 ítems). Su uso clínico incluye el análisis de ciertos ítems importantes (suicidio, por ejemplo), la consideración de la puntuación total como indicadora del estado general y las subescalas de forma más específica.

El *sistema COMPASS* para el seguimiento de pacientes ambulatorios consiste en una combinación de medidas generales y específicas diseñadas para llevar a cabo una evaluación durante y tras el tratamiento. El esquema es el siguiente:

— Escalas cumplimentadas por el cliente:

- Bienestar (4 ítems)
- Síntomas actuales (40 ítems)
- Funcionamiento de la vida actual (24 ítems)
- Vínculo terapéutico (12 ítems)

} Índice de salud mental

— Escalas cumplimentadas por el terapeuta:

- Escala de evaluación del funcionamiento general (DSM-IV-TR)
- Funcionamiento del cliente en seis áreas (1 ítem cada una): familia, salud, relaciones íntimas, autonomía personal, relaciones sociales y trabajo y estudios o tareas del hogar

} Índice de evaluación clínica

Los índices de fiabilidad y validez son aceptables y presentan correlaciones importantes con pruebas bien conocidas. Las condiciones de aplicación recomendadas son las de utilizar la batería en la evaluación inicial, durante el tratamiento cada cuatro o seis sesiones y una vez acabado el tratamiento para establecer el seguimiento. Se aconseja realizar gráficas

con los resultados y presentárselas al cliente para aumentar la motivación y comprensión de su evolución. Obviamente, de esa devolución de información se eliminan los aspectos que pueden entorpecer el desarrollo de la terapia. Uno de los mayores inconvenientes del sistema COMPASS es que los autores se han reservado todos los derechos y el sistema se vende para cada aplicación, lo que ha entorpecido enormemente su investigación por otros grupos y su utilidad clínica. Sin embargo, se está trabajando en su corrección a través de Internet o vía fax y en la posibilidad de disponer de datos normativos en poblaciones clínicas. En cualquier caso y a pesar de sus inconvenientes, el COMPASS es uno de los mejores ejemplos de sistemas para la evaluación de la efectividad de las intervenciones en salud mental y su ejemplo puede seguirse por los clínicos de forma sencilla. Por ejemplo: no resulta complicado elegir otros dos instrumentos que cubran el mismo espectro de variables y que sean de libre disposición y tengan un apoyo empírico importante.

7.1.7. Otras medidas del cambio

La medida del cambio a lo largo del tratamiento puede complementarse con distintas estrategias de evaluación no por menos frecuentes menos importantes. Cada tipo de trastorno, problema o técnica de tratamiento conlleva medidas asociadas que, aunque no pueden generalizarse a todos los pacientes, son de necesaria aplicación en los casos concretos. Es difícil siquiera resumir este tipo de medidas específicas, pero pueden indicarse ejemplos, como medidas de tensión en los músculos frontales en algunos problemas de cefaleas tensionales, medidas de sustancias en la sangre en casos de drogodependencias, notas de exámenes en una fobia escolar, etc. Este tipo de indicadores del cambio deberá ser tenido en cuenta y especificado en cada caso de acuerdo con la investigación básica y psicopatológica al respecto.

7.2. Reformulación del caso

El mantenimiento de una evaluación continuada durante la puesta en marcha del tratamiento puede llevar a la identificación de distintos aspectos que hagan necesaria la reconsideración del esquema de formulación del caso. De hecho, para muchos autores la medida de la eficacia del tratamiento es el mejor contraste de la formulación, por lo que la observación de avances pobres durante el mismo nos sitúa ante la necesidad de replantear el caso en toda su amplitud. Sin embargo, cuando se observa un fracaso en la intervención, deben considerarse otros factores antes de llegar a la puesta en cuestión de la formulación, especialmente si ésta ha sido contrastada y tiene cierto apoyo, ya sea correlacional o experimental. Por otra parte, en algunas ocasiones de forma contraintuitiva debemos reformular el caso incluso cuando el tratamiento está teniendo éxito y consiguiendo logros importantes. A continuación se comenta brevemente cada uno de los supuestos más habituales.

7.2.1. Reformulación ante un fracaso en el tratamiento

Al observar un fracaso en el tratamiento, en primer lugar debemos asegurarnos de que las distintas técnicas están siendo puestas en marcha adecuadamente: las técnicas se están aplicando de acuerdo con las instrucciones detalladas en los manuales, los tiempos empleados son los adecuados, los pacientes están siguiendo las instrucciones, etc. Por ejemplo: si en un problema obsesivo-compulsivo de revisión en el que uno de los rituales tenga que ver con la revisión durante varios minutos de la puerta de la calle para ver si efectivamente está bien cerrada indicamos al paciente que no dedique más de unos segundos a dicha revisión y luego se vaya al salón de la casa para prevenir la respuesta de revisión. Ante un fracaso en la eficacia de la técnica, antes de revisar la formulación deberíamos asegurarnos de que el paciente y su familia están siguiendo correctamente las instrucciones. Por ejemplo: podríamos encontrar que ante el enorme malestar del paciente al separarse de la puerta, un familiar lleva a cabo la revisión y le tranquiliza diciéndole “no te preocupes, ya me quedo yo aquí, mientras tú estás en el salón, como te dijo el psicólogo”. Es obvio que se ha trasladado el ritual y la exposición con prevención de respuesta no se está llevando a cabo adecuadamente en este caso.

Una vez que nos hemos asegurado de la correcta y completa puesta en marcha de las distintas técnicas escogidas, incluso habiendo probado alguna técnica alternativa pero dirigida a la modificación o al control de las mismas variables, podemos reconsiderar la formulación clínica del caso. En esta situación la forma de proceder nos lleva a la revisión completa del proceso de evaluación clínica en todos sus momentos y fases; solamente una vez reconsiderado todo el proceso podemos volver a la formulación con nueva información y nuevos puntos de vista al respecto. Es frecuente que en estas ocasiones hayamos pasado por alto o el paciente nos haya ocultado alguna información relevante, aunque también puede haber ocurrido lo contrario, que hayamos dado demasiada importancia a aspectos poco relevantes en el conjunto del caso. Como ya se ha comentado, la APA recomienda que se incluyan en todas las evaluaciones clínicas preguntas acerca de posibles malos tratos sufridos en la infancia, la mayoría de las personas tienden a no informar de ellos por diversos motivos, desde vergüenza hasta considerar que aquello ya pasó y está superado y no tiene nada que ver con su problema actual desde su punto de vista. No hay que recordar el papel que este tipo de sucesos puede tener en muchos trastornos de ansiedad, identidad sexual, estado de ánimo, etc. en personas adultas. Su no inclusión en la evaluación pre-tratamiento puede llevar a formulaciones confusas o, en el mejor de los casos, incompletas, que frecuentemente van a tener que revisarse una vez iniciado el tratamiento.

7.2.2. Reformulación durante un tratamiento exitoso

En más ocasiones de las que podría parecer es necesario reformular el caso durante el curso de un tratamiento que está consiguiendo éxitos y cambios importantes. Este tema ha sido tratado muy escasamente en la literatura científica al respecto y pasa desapercibido en

la mayoría de los manuales de evaluación clínica. Sin embargo, su importancia clínica no es ni mucho menos despreciable. Pueden darse algunos tipos de situaciones en las que se hace necesaria una reconsideración de la evaluación y una nueva formulación clínica.

Un primer tipo de situaciones hace referencia a los casos en los que durante un tratamiento exitoso, probablemente como consecuencia de ello, el paciente informa de nuevos problemas que anteriormente “prefirió” callar. Aunque la nueva información no desvirtúe completamente el caso, siempre parecerá conveniente incluir el nuevo problema en la formulación global inicial.

Una segunda posibilidad está en relación con los posibles sucesos vitales que pueden aparecer en la vida del paciente durante el tratamiento y que hacen necesaria la reconceptualización del problema en la nueva situación. Por ejemplo: un paciente con problemas depresivos que está avanzando en su intervención queda en desempleo; o, a la inversa, un paciente con problemas depresivos y de desempleo encuentra un trabajo. En ambos casos la situación puede cambiar drásticamente, de forma que nuestra formulación inicial, correcta, debe ser modificada para explicar la situación actual.

Un tercer supuesto nos sitúa en los casos en los que el propio tratamiento va modificando las situaciones vitales de la persona, de forma que la formulación inicial ya no se corresponde con el estado actual de las cosas. Evidentemente, el terapeuta debe reformular el caso para adecuarse a las nuevas condiciones.

En definitiva, este tipo de problemas evidencia que la formulación clínica de un caso no puede considerarse como un modelo estático, sino todo lo contrario, como un modelo dinámico que puede, y seguramente debe, ir cambiando a lo largo de la intervención, tanto por factores ajenos al tratamiento como por otros propios del tratamiento, y que el psicólogo debe ir ajustando en cada momento para conseguir la mayor efectividad posible de la intervención.

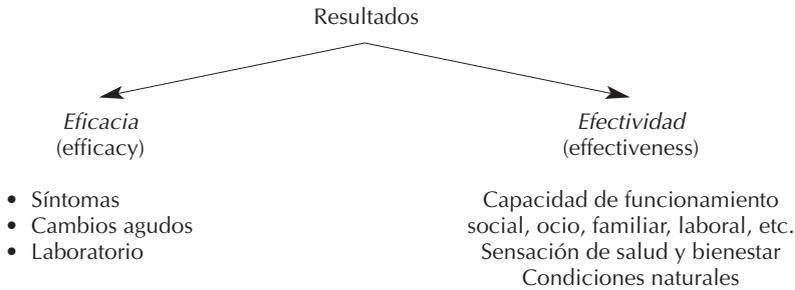
7.3. Evaluación de la efectividad del tratamiento

Antes de continuar exponiendo la forma en la que se lleva a cabo la medida del cambio o de resultados de los procesos de intervención psicológica clínica, resulta necesario realizar una aclaración terminológica que nos ayude a clarificar el área diferenciando las distintas formas de abordaje de la medida del cambio que ha desarrollado la Psicología clínica. La principal diferencia hace referencia a la existente entre la evaluación de la eficacia y la evaluación de la efectividad. En el cuadro 7.2 se ofrece un resumen de las principales diferencias entre ambos términos.

Como se observa en el cuadro, la eficacia y la efectividad son dos aspectos de una misma realidad: los resultados. La evaluación de la eficacia hace referencia a los trabajos de laboratorio que buscan demostrar las posibilidades de una técnica concreta para producir cambios y mejoras en un problema concreto (trastorno o relación funcional entre variables). La evaluación de la efectividad se refiere a la medida de los efectos de esas mismas técnicas cuando se aplican en situaciones naturales. Un tercer término en discordia es el de eficiencia, que

puede definirse como la efectividad en función de los recursos empleados. Se trata de una relación costes/beneficios, es decir, conseguir la misma efectividad con el menor número de recursos (humanos y materiales) posible.

Cuadro 7.2. *La medida de los resultados: eficacia y efectividad.*



Un ejemplo puede clarificar mucho estos términos: los fármacos actuales para el control de la hipertensión arterial presentan una eficacia altísima en los ensayos clínicos, mientras que la efectividad de los tratamientos con esos mismos fármacos en las consultas de los centros de salud no es ni mucho menos tan alta (un 60% de los pacientes o no toma la medicación o lo hace de forma inadecuada, y de los que la toman correctamente la mitad sigue pautas de alimentación incorrectas que pueden tener efectos contraproducentes). Por otra parte, el precio del fármaco que pueden ofrecer los distintos laboratorios puede hacer variar la *eficiencia* al modificar sensiblemente el precio del tratamiento por paciente y mes. Las intervenciones psicoterapéuticas no son ajenas a ese mismo fenómeno. Ni los sujetos ni los terapeutas ni las condiciones físicas son iguales en los estudios clínicos de investigación (laboratorio) que en la aplicación en situaciones naturales.

Hasta el momento, la Psicología clínica ha acumulado una evidencia empírica muy importante respecto a la eficacia de las intervenciones psicológicas. En este sentido, es muy interesante el esfuerzo realizado en los últimos años por la APA con la creación del grupo de trabajo sobre la Promoción y difusión de los procedimientos psicológicos (*Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*) para reunir toda la evidencia que apoya la eficacia de las intervenciones psicológicas. Sin embargo, la evidencia acumulada respecto a la efectividad en los ámbitos naturales de esas mismas líneas de tratamiento no es tan importante y en algunos casos resulta realmente escasa y difícilmente comparable a la de otras disciplinas por distintos motivos que se irán analizando en los próximos puntos. Por su parte, los estudios de eficiencia resultan prácticamente inexistentes en nuestra área, aunque la situación está cambiando muy deprisa en los últimos años y el futuro es esperanzador en este sentido.

La perspectiva eminentemente aplicada y clínica de este texto nos obliga a centrar nuestra atención en mayor medida sobre la evaluación de la efectividad de las intervenciones psicológicas frente a los estudios de eficacia y eficiencia, magníficamente tratados en otros lugares (Nathan, Gorman y Salkind, 1999; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

La situación actual respecto a las posibilidades de medir la efectividad de nuestras intervenciones no es precisamente fácil. De hecho, existen enormes inconvenientes para poder desarrollar estudios y medidas de efectividad que nos permitan comparar nuestras intervenciones entre sí o con respecto a las de otras disciplinas. En primer lugar, las posibilidades de generalizar los datos de la investigación clínica de laboratorio a la práctica cotidiana son muy limitadas. Aunque esta generalización se ha asumido por la práctica totalidad de la comunidad científica, la realidad es que las condiciones de trabajo son tan diferentes que ponen en duda dicha generalización. Por un lado, tenemos al motivado investigador de una universidad de prestigio, con dos o tres millones de dólares a su disposición para desarrollar el trabajo y pacientes, en el mejor de los casos (normalmente se trata de estudiantes que han puntuado alto en algún cuestionario que no siempre ha demostrado su utilidad como instrumento de detección) muy seleccionados, igualmente motivados por saber que están siendo tratados en un centro importante (finalmente eliminados de los análisis de datos si se muestran poco colaboradores, por ejemplo si faltan a más de dos o tres sesiones). Por otro lado, tenemos profesionales que trabajan con la presión de las listas de espera, pobremente motivados desde el punto de vista económico y con pacientes que presentan dobles diagnósticos y acuden a la consulta desmotivados y acuciados por los problemas de su vida. Podemos convenir en que el parecido entre ambas situaciones es escaso. Parloff, en su trabajo de 1979, ya nos anunciaba lo difícil de comparar entre distintas alternativas psicoterapéuticas y el escaso valor de la literatura científica, no acumulativa y poco informativa, para la aplicación clínica de los tratamientos psicológicos.

En segundo lugar, nos encontramos que es muy difícil comparar entre los escasos estudios porque los instrumentos utilizados pocas veces son los mismos. Basten algunos datos: entre 1983 y 1989 solamente en las principales revistas clínicas en los Estados Unidos se publicaron 1430 instrumentos de evaluación, de los cuales 840 únicamente se utilizaron una vez (Froyd y Lambert, 1989). Una estimación actual no sería muy exagerada si situara la cifra en torno a los 10.000 instrumentos publicados. La escala HRSD propuesta por Hamilton para la valoración clínica de la depresión y que se supone que es el mejor exponente de este tipo de instrumentos ha llegado a tener más de 20 versiones distintas y difícilmente comparables entre sí (Grundy *et al.*, 1994). Para terminar el panorama, Ogles, en su revisión de 1990 sobre la evaluación de la agorafobia, encontró 98 medidas distintas del trastorno. Con estos datos podemos afirmar que la situación en cuanto a los instrumentos de evaluación clínica se refiere es ciertamente caótica. O existe una confluencia entre instrumentos o muy pronto la situación será insostenible.

Ajena a estas dificultades, la presión social para la demostración de la efectividad de nuestras intervenciones no deja de crecer. Por una parte, la opinión pública no siempre es tan benevolente con las intervenciones psicológicas como los psicólogos tendemos a creer; por otra, existe la tendencia de las agencias aseguradoras y gubernamentales a poner límites

al gasto en salud mental y a la aplicación de criterios de efectividad y eficiencia a las aplicaciones psicológicas, presión que es igualmente manifestada por las Administraciones públicas y las agencias internacionales (por ejemplo: el programa Salud 2000 de la Organización Mundial de la Salud indica la necesidad de evaluar la calidad de todas las intervenciones de salud, las psicológicas incluidas). ¿Se podría decir que la Psicología clínica, al conseguir entrar definitivamente en las instituciones sanitarias, se ha topado con la realidad a la que había conseguido esquivar en su corto pero intenso siglo de historia? En la evaluación de la efectividad de las intervenciones psicológicas el clínico se juega sus posibilidades de ayudar a sus pacientes y su prestigio profesional a medio plazo. La Psicología clínica se juega su supervivencia como profesión diferenciada.

Para avanzar en la clarificación de la eficacia y efectividad de las distintas intervenciones psicológicas y situarlas adecuadamente frente a los demás tipos de intervenciones en salud mental, es necesario recorrer previamente un camino que nos dote de una tecnología adecuada para la comparación: determinar las variables comunes a evaluar para cada trastorno, identificar las fuentes de información más convenientes, definir los instrumentos comunes para medir esas variables y delimitar los momentos de la medida. Solamente una vez conseguido un consenso importante en todos y cada uno de los puntos mencionados podremos empezar a comparar correctamente nuestras intervenciones en salud mental. Los próximos apartados son una revisión del estado de la cuestión en cada uno de ellos.

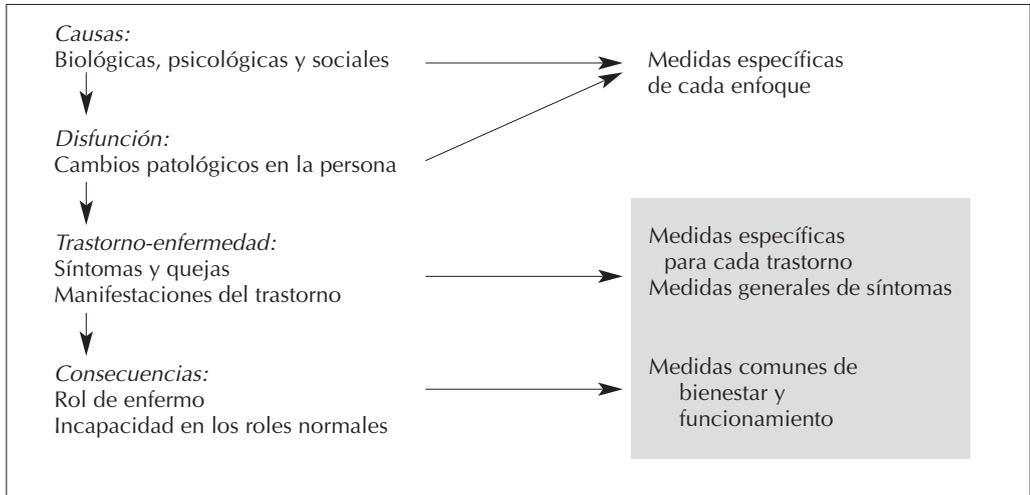
7.3.1. *Dominios de evaluación*

Desde la certeza de que solamente son comparables entre sí las intervenciones que midan las mismas variables utilizando las mismas fuentes de información en los mismos momentos y con los mismos instrumentos, el primer paso en el desarrollo de una tecnología de evaluación reside en la búsqueda de un consenso respecto a las variables a medir. Hasta hace apenas unos años los avances en esta dirección habían sido muy pequeños o no se habían hecho en absoluto. En el mejor de los casos, se venía realizando una auténtica investigación en paralelo, sin contactos, por los distintos enfoques psicológicos y por las disciplinas que abordan los problemas de salud mental. Los intercambios de información eran escasos y las posibilidades de comparación prácticamente nulas.

El trabajo interdisciplinar con investigaciones conjuntas comparando distintas alternativas de intervención, por ejemplo fármacos y psicoterapia, ayudaron a avanzar algo en este camino. Por otra parte, las estrategias fundamentadas en lo que se denominó meta-análisis ayudaron algo a clarificar el tema, aunque probablemente no hicieron más que profundizar en la necesidad de contar con variables e instrumentos comunes. Sin embargo, hasta la aparición del DSM-III y su versión revisada, y especialmente del DSM-IV, no se llegó a pensar seriamente en la posibilidad de ese consenso.

En un magnífico trabajo de integración, Schulte (1987) nos clarifica el punto de partida en la búsqueda de ese consenso y nos facilita algunas claves para su consecución. En el cuadro 7.3 se resumen los principales argumentos expuestos por Schulte en esta dirección.

Cuadro 7.3. *Búsqueda del consenso entre enfoques para la evaluación de la efectividad de las intervenciones en salud mental (a partir de Schulte, 1987).*



Cada enfoque o disciplina profesional ha creído identificar entre los grupos de variables que estudia (biológicas, psicológicas, sociales, etc.) fenómenos susceptibles de ser considerados causas de los trastornos que, a su vez, provocan unas consecuencias en la persona y en su medio ambiente próximo. En el cuadro se distinguen estos momentos seguidos por todos los enfoques y disciplinas al enfrentarse a los trastornos de salud mental. Inicialmente cada enfoque ha ido desarrollando su propia tecnología de evaluación (variables, instrumentos, informantes y momentos) para cada nivel de acercamiento, creando así incluso disciplinas dispares en función del nivel o enfoque de referencia. Un esfuerzo de consenso nos lleva a observar enseguida algunas diferencias importantísimas entre enfoques respecto a los agentes causales y los cambios patológicos ocurridos en la persona, responsables de la aparición de los distintos trastornos de salud mental. Por ejemplo: los enfoques biológicos siempre buscarán el último responsable en el funcionamiento de los neurotransmisores en las distintas estructuras neurológicas, los dinámicos encontrarán aspectos inconscientes en el devenir de la estructura psíquica de la persona y los ambientalistas hallarán cambios en el contexto relacionados con la aparición del trastorno. Independientemente de la convicción de que cualquier modelo actual que quiera explicar la aparición y el mantenimiento de los trastornos mentales debe incluir variables biológicas, psicológicas y sociales en sus esquemas, los planteamientos propios de cada enfoque hacen que, por el momento, sea muy difícil encontrar un consenso en los dos primeros niveles del modelo. De hecho, un intento de consenso en esos niveles podría fracasar estrepitosamente y hacer parecer que el consenso es imposible (algo que ya ha ocurrido con anterioridad).

La situación es algo mejor en los otros dos niveles. Por un lado, en el nivel de trastornos tenemos un gran trecho avanzado gracias a los esfuerzos cristalizados en los DSM, especialmente el DSM-IV-TR. En la actualidad puede considerarse que, aun siendo todos conscientes de que el DSM-IV-TR no es la clasificación definitiva y perfecta de los trastornos mentales, constituye el instrumento de consenso y comunicación más importante de toda la historia del trabajo en salud mental. Por tanto, el avance hacia el consenso en el nivel de trastornos está garantizado por el seguimiento del DSM-IV-TR y la implementación de versiones futuras que mejorarán la definición y clasificación de los criterios y trastornos. Considérese que el avance en el DSM-IV-TR ha sido posible gracias al enfoque descriptivo, a la búsqueda de evidencia que apoye los distintos trastornos y criterios y al alejamiento de los enfoques teóricos de cualquier orientación o disciplina.

Aunque el acuerdo no es ni mucho menos global y siguen existiendo distintas versiones y definiciones de expresiones tales como salud general, calidad de vida o funcionamiento psicosocial, el nivel de las consecuencias ha corrido mejor suerte. Posiblemente debido al interés más reciente en su estudio y a su mejor definición a través de instrumentos de medida, el consenso en este nivel es mucho mayor y ha sido más fácil de conseguir que en los anteriores. En este caso el principal problema reside en que son todavía muchos los trabajos de investigación clínica que no reconocen la importancia de este tipo de variables más lejanas y generales que los propios síntomas o trastornos. En la clínica el panorama nos sitúa ante la misma perspectiva; todos los psicólogos están muy probablemente de acuerdo en medir el número de rituales de una persona con un trastorno obsesivo-compulsivo como índice de mejoría, pero, ¿cuántos miden la salud general o el funcionamiento psicosocial de esa misma persona como complemento o como medida definitiva de la intervención?

Desde la segunda mitad de la década de los 80, en la que se planearon estas bases para la búsqueda del consenso, se ha avanzado significativamente en esa dirección, aunque los logros, salvo en el caso del DSM-IV-TR y en menor medida de la CIE-10, no han sido muy espectaculares hasta el momento. Sin duda el mayor esfuerzo con éxito en esta dirección lo constituye el consenso obtenido en torno a los ejes I y II del DSM-IV-TR en cuanto a la definición de criterios diagnósticos para los distintos trastornos se refiere, pero no puede obviarse la consolidación del eje V como una medida de funcionamiento psicosocial. Fuera del DSM, los esfuerzos mayores han provenido de los trabajos de la *Core Battery Conference*, convocada en 1994 por la *Society for Psychotherapy Research* y por los de la *American Psychiatric Association*, que mantiene un grupo de trabajo para la búsqueda de evidencia acerca de variables e instrumentos susceptibles de ser consensuados para la medida de los trastornos de salud mental. Los primeros frutos de ese grupo se han centrado en la creación de un *Manual de medidas en Psiquiatría*. Así, empleando una estructura y forma de funcionamiento similares a las de las comisiones de trabajo para el desarrollo del DSM-IV, se formó un equipo de 59 personas que revisaron la evidencia reunida en torno a los principales instrumentos de medida, obteniendo como resultado final la publicación del *Handbook of Psychiatric Measures* (Rush, Pincus, First *et al.*, 2000), que puede considerarse como el último intento riguroso en esta labor de consenso y confluencia acerca de las medidas a utili-

zar en el campo de la salud mental. En esta misma línea, la *American Psychiatric Association*, en colaboración con la Universidad de Arkansas, mantiene un proyecto de elaboración de medidas de resultados, el *Outcomes Project*, que ha dado sus primeros frutos al elaborar medidas de resultados para algunos de los principales trastornos: la esquizofrenia, la depresión (DOM) o el uso de sustancias (SAOM), entre otras. Una de las novedades importantes de este proyecto es que mantiene una actualización de todo el material desarrollado en una página web (www.netoutcomes.net).

Sin querer entrar en detalles y polémicas que nos llevarían mucho más lejos de los objetivos de este libro, podemos encontrar un buen resumen de la situación actual en los trabajos de Hargreaves, Shumway, Hu y Cuffel (1998) o en los propios de nuestro grupo de trabajo, desarrollados para la elaboración de un sistema de evaluación de resultados para las intervenciones con personas con trastornos mentales crónicos, puesto en marcha en los Centros de rehabilitación psicosocial de la Comunidad de Madrid (Muñoz, Vázquez *et al.*, 1999) y que siguió muy de cerca los desarrollos del *Outcomes Project* de la APA, siendo el primer grupo en aplicar el Schizom (Schizom; Cuffel, B. J., Fischer, E. P., Owen, R. R. y Smith, G. R., 1997) fuera de los Estados Unidos. En el cuadro 7.4 se ofrece un esquema de los dominios o grupos de variables a incluir en los estudios de resultados en salud mental.

Como puede observarse en el cuadro, las variables a considerar en los estudios de efectividad y, por tanto, en la evaluación de la efectividad de las intervenciones clínicas, abarcan distintos ámbitos o dominios de actividad del paciente. Se amplía la visión desde los síntomas o trastornos a las medidas de funcionamiento, salud, calidad de vida, violencia y satisfacción con el servicio recibido. En el cuadro se incluyen algunos de los instrumentos más empleados hasta el momento no como guía, sino como ejemplo del tipo de instrumentos en los que se está pensando como susceptibles de ser utilizados en la evaluación de la efectividad de las intervenciones clínicas.

7.3.2. *Informantes*

La revisión de los dominios de evaluación para la medida de la efectividad y el cambio producido por las intervenciones psicológicas ha desembocado en una ampliación considerable del número y tipo de variables implicadas. Esta misma conclusión se observa en cuanto a las fuentes de información a considerar para determinar la efectividad de nuestros tratamientos.

Los primeros trabajos que informaron de la eficacia de las intervenciones psicológicas citaban como única fuente de información al propio terapeuta, quien, de forma subjetiva, informaba de la evolución del paciente a lo largo del tratamiento. Con el tiempo, este tipo de juicios se han ido elaborando y sistematizando en escalas de valoración, el BPRS (Ovcrall y Gorham, 1962) o la Escala de depresión de Hamilton (Hamilton, 1960) pueden ser muy buenos ejemplos de este tipo de evolución. Enseguida pareció que la opinión del paciente respecto a su propio malestar o bienestar debía tenerse en cuenta. Cada enfoque

Cuadro 7.4. *Dominios y ejemplos de instrumentos a considerar en la evaluación de resultados de las intervenciones en salud mental.*

Dominio	Ejemplo de instrumentos
1. Medidas de síntomas y trastornos específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Generales • Medidas específicas por trastorno 	<ul style="list-style-type: none"> • SCID (Spitzer <i>et al.</i>, 1992) • CIDI (OMS, 1992) • PRIME-MD o HPQ (Spitzer <i>et al.</i>, 1994) • Diversas para cada trastorno
2. Medidas de funcionamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Globales • Multidimensionales 	<ul style="list-style-type: none"> • EEAG (DSM-IV, 1994) • Diversas escalas
3. Medidas del estado general de salud	<ul style="list-style-type: none"> • SF-36 (McHorney <i>et al.</i>, 1994) • GHQ (Goldberg, 1978)
4. Medidas de calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quality of Life Interview</i> (Lehman, 1983)
5. Medidas de seguridad pública y bienestar social: <ul style="list-style-type: none"> • Violencia • Conducta disruptiva • Carga familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Campo menos desarrollado y con un menor número de instrumentos consensuados
6. Medidas de satisfacción con la atención recibida	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos más próximos a cada tipo de servicio • Cuestionario de satisfacción (López, 1994)

psicológico desarrolló sus propias pruebas para evaluar estos cambios, y así aparecieron los tests psicológicos clínicos en su acepción más amplia: cuestionarios, tests proyectivos, tests psicométricos, etc. Los autores más cercanos a la metodología experimental abogaron por la inclusión de observadores externos que determinarían los cambios ocurridos. Estos observadores podían utilizar estrategias más descriptivas o más valorativas, pero, en cualquier caso, debían permanecer ajenos a la intervención y requerían un entrenamiento preciso en las estrategias utilizadas en cada caso. Sólo muy recientemente se ha incluido en este tipo de juicios a los familiares o a las personas que conviven con el paciente y que, sin entrenamiento previo ni técnicas de observación sistematizadas, pueden informar respecto a la mejoría o al empeoramiento de sus familiares, evidentemente desde su punto de vista, siem-

pre subjetivo. Finalmente, es aún más reciente la consideración de los juicios y valoraciones emitidos por otros profesionales o agentes públicos implicados en el caso. La opinión de psiquiatras, trabajadores sociales, abogados, jueces, empleadores, etc. se tiene cada vez más en cuenta como un elemento más de evaluación de la efectividad. En el cuadro 7.5 se incluye un resumen de las interacciones existentes entre los dominios a evaluar y los informantes más adecuados en cada ocasión.

Cuadro 7.5. Matriz de informantes X dominios (a partir de Speer, 1998).

	<i>Distrés (malestar)</i>	<i>Síntomas, trastorno y diagnóstico</i>	<i>Funcionamiento Ejecución de roles</i>
Cliente	X	X	x
Otros signos	x	x	X
Agentes públicos	x	x	X
Observadores Independientes	x	X	x
Terapeutas	x	X	x

Puede concluirse que el camino recorrido por la EPC, por otra parte no muy distinto del de otras Ciencias sociales y de la salud, ha pasado de la completa subjetividad del terapeuta a la búsqueda de la objetividad supuestamente científica, para terminar volviendo a la subjetividad. Sin embargo, la renuncia a la objetividad debe entenderse en el contexto de la contemplación de la intersubjetividad de los informadores y el necesario estudio de la convergencia y divergencia de las fuentes de información como estrategia básica de acumulación de evidencia para la observación de los posibles cambios producidos por nuestras intervenciones.

7.3.3. Instrumentos de medida

En cuanto a los instrumentos de recogida de información a emplear para medir las variables incluidas en los dominios citados y con cada tipo de informante, sin duda la mejor alternativa sería la de utilizar baterías o esquemas consensuados en la comunidad científica para cada trastorno o grupo de ellos. La realidad nos indica que, aunque se están llevando a cabo esfuerzos muy importantes en esa dirección, hay intereses de todo tipo, personales, económicos, sociales, etc., que impedirán la publicación de esa clase de instrumentos a corto plazo. Sin duda ésta es la única solución posible al caos actual de técnicas e instrumentos de

medida que se ha comentado anteriormente. Mientras este tipo de baterías no se publique, la única opción que nos queda es la de desarrollar instrumentos con ciertas normas y garantías para cada caso o programa.

El objetivo básico se centrará en encontrar un conjunto de medidas y procedimientos que cumplan todas las demandas de los pacientes y mantengan unos criterios altos de calidad. Siguiendo las directrices ofrecidas por Newman, Ciarlo y Carpenter (1999), pueden especificarse los siguientes objetivos específicos:

— *Respecto a las medidas a utilizar:*

1. Deben ser relevantes a los usuarios de los servicios englobados (CRPS, mini-residencias, etc.) e independientes del tratamiento ofrecido en cada Centro, aunque han de mantener una alta sensibilidad a los cambios producidos por dichos tratamientos.

— *Respecto a los métodos y procedimientos:*

2. Deben ser sencillos y fáciles de enseñar al personal de los Centros.
3. En lo posible han de utilizar referentes objetivos.
4. Tienen que dar la posibilidad de usar múltiples informadores.
5. Deben facilitar la evaluación del proceso de cambio, no exclusivamente del resultado.

— *Respecto a las propiedades psicométricas:*

6. Deben disponer de unos criterios de calidad psicométrica altos: fiables, válidos y sensibles al cambio producido por el tratamiento y provocar la mínima reactividad posible.

— *Respecto a las consideraciones coste/beneficio:*

7. Deben disponer del coste más bajo posible considerando su función.

— *Respecto a la utilidad:*

8. Deben ser comprensibles por audiencias no profesionales para facilitar su impacto social.
9. Tienen que ofrecer una interpretación sencilla que favorezca el *feedback* a los servicios.
10. Han de ser útiles en servicios clínicos.
11. Deben ser compatibles con las teorías de la rehabilitación psicosocial actuales y con las prácticas llevadas a cabo en los Centros en cuestión.

7.3.4. *Temporización de la medida*

De forma similar a la selección de variables, la medida del cambio tendrá que contemplar el control de los aspectos temporales implicados en ella. Como en los demás casos, esta planificación de la medida debe realizarse de forma anterior a la puesta en marcha del tratamiento. De hecho, normalmente habrá que considerar este aspecto de la medida en los primeros momentos de la EPC al elegir los instrumentos a emplear para medir cada variable de interés. Son dos los aspectos que deben considerarse de manera prioritaria:

A) Ventanas de medida

El primero de los aspectos a controlar es el relativo a las ventanas de medida de los diferentes instrumentos y técnicas empleados para la medida de las distintas variables en los distintos momentos elegidos. Por ventana de medida se entiende el período al cual se refiere una medida. Para clarificar el concepto puede pensarse en distintos ejemplos:

- Un autorregistro que la persona realice durante una semana:

ventana = una semana

- Un cuestionario que pregunte “Las siguientes preguntas se refieren a su estado de salud durante los últimos siete días; conteste pensando solamente en la última semana”:

ventana = una semana

- Un cuestionario que indique “Conteste cómo se ha sentido durante la situación que acaba de vivir”:

ventana = la duración de la situación (algunos minutos)

En primer lugar, debemos ajustar la ventana de medida a los cambios esperables en las variables que vamos a medir. Son de especial relevancia todas las variables que funcionan o son sensibles a distintos tipos de ciclos temporales naturales (circadianos, lunares, estacionales o anuales) o artificiales (laborales, períodos con cada miembro de la pareja de un niño con padres divorciados, etc.).

Además, las ventanas de medida de los instrumentos empleados, sobre todo cuando quieren hacerse comparaciones entre ellos, deben ser iguales. Esto quiere decir que los intervalos temporales a los que se refiere o en los que se desarrolla una medida (ventana) deben ser iguales para poder ser comparables, es decir, no podemos utilizar como medida pre-tratamiento el GHQ y como medida pos-tratamiento el SF-36, ambas muy buenas pruebas

para la medida de la salud general, pues además de no incluir los mismos ítems, el GHQ habitualmente utiliza una ventana de cuatro semanas, mientras que el SF-36 se refiere a la última semana. Aunque los datos pueden parecer similares, los cambios de salud ocurridos en ciclos de 28 o 7 días son muy distintos; para algunos trastornos resultan determinantes (por ejemplo, todos los asociados al ciclo menstrual de la mujer).

B) Momentos de medida

Para obtener medidas del cambio producido por una intervención determinada será preciso contar con medidas previas y posteriores al tratamiento que permitan estimar los cambios ocurridos y, en el caso clínico, establecer algún tipo de control que posibilite superar la dificultad de no contar con grupos de control. Los diseños de caso único configuran una herramienta de máxima utilidad para este tipo de controles. Es necesario recordar los esquemas A-B-A-B, los de línea base múltiple y toda la variedad de diseños ajustados a cada posible intervención.

Por otra parte, las necesidades clínicas aconsejan disponer de medidas durante el tratamiento y de medidas posteriores, de seguimiento, que establezcan la generalización y el mantenimiento del cambio una vez agotado el tratamiento. En nuestro caso, para realizar el seguimiento establecemos contacto a los tres meses de finalizado el tratamiento para un primer seguimiento, a los seis meses para un segundo control y al año para el último control clínico. Los instrumentos más utilizados pueden ser entrevistas breves, incluso telefónicas, en las que se investiga el estado general de la persona en función de las principales variables de salud y funcionamiento psicosocial. Evidentemente, en algunos casos esta evaluación puede traer consigo la necesidad de sesiones de sobreaprendizaje o de superación de problemas puntuales o posibles recaídas. De este modo, la unión entre evaluación y tratamiento permanece hasta el final de toda intervención.

La creatividad del clínico se pone a prueba en la valoración de los cambios ocurridos en la mayoría de los casos clínicos, en los que los tratamientos y las intervenciones de distintos profesionales se solapan, se suspenden durante ciertas temporadas por fuerzas ajenas al control clínico o se ven afectados por sucesos externos al tratamiento. En estos casos, tomar medidas en cada servicio, en cada fase de la intervención, etc. y ponerlas en común puede suponer una estrategia adecuada, aunque hay que reconocer que la complejidad de las intervenciones actuales puede llegar a necesitar diseños demasiado complejos para ser asumidos desde la perspectiva individual de un clínico. A pesar de las dificultades, establecer este tipo de controles para estimar la efectividad de la intervención es la mejor manera de perfeccionar nuestras intervenciones en su aplicación clínica.

De esta forma, el proceso de EPC abarca desde el primer contacto con el cliente hasta el último, manteniéndose, por tanto, durante todo el proceso de intervención. Como se ha visto, su metodología se adapta a las necesidades del paciente, de cada fase de la evaluación y del tratamiento psicológico elegido. Se han utilizado en ese proceso metodologías experimentales y correlacionales, acercamientos nomotéticos e ideográficos, perspectivas molares

y moleculares, descripciones específicas e interpretaciones globales. Ha habido espacio para la perspectiva personal del cliente y para el enmarque diagnóstico. En definitiva: el psicólogo ha utilizado todos los métodos posibles en su trabajo con el cliente, sus familiares y todos los profesionales sociales y sanitarios para la mejora de la salud y calidad de vida de su cliente, objetivo final de toda intervención en Psicología clínica.

Resumen

1. Características, funciones y estrategias de la evaluación durante el tratamiento

Debe mantenerse una evaluación continuada que permita seguir la marcha del paciente y los cambios que vayan ocurriendo en su vida (esperados y no esperados), de forma que puedan identificarse las mejorías y los posibles problemas o recaídas de la manera más rápida posible.

La evaluación durante el tratamiento debe ser:

- Sencilla y breve; no ha de ocupar más de unos minutos en cada sesión.
- Sensible a pequeños cambios.
- Rutinaria.
- Identificadora de cambios en variables próximas, distantes e intervinientes.

Indicadores del cambio

Deben elegirse los ajustados a cada caso. Para su evaluación pueden emplearse las siguientes estrategias: entrevista y minientrevistas de inicio de sesión, cuestionarios, autorregistros y diarios, informes de terceras personas (incluyendo a otros profesionales) y técnicas específicas para los distintos problemas.

2. Reformulación del caso

Los modelos de formulación son siempre dinámicos, cambian con el tiempo. El mantenimiento de una evaluación continuada durante la puesta en marcha del tratamiento puede llevar a la identificación de distintos aspectos que hagan necesaria la reconsideración del esquema de formulación del caso.

- **Reformulación ante un fracaso en el tratamiento**
 - Asegurarse de la correcta aplicación del tratamiento.
 - Reformular:

- **Reformulación durante un tratamiento exitoso**
 - Nuevos problemas.
 - Sucesos vitales.
 - Cambios producidos por el propio tratamiento (positivos o negativos).

3. Evaluación de la efectividad del tratamiento

Debe distinguirse entre *eficacia* (efectos en situaciones óptimas de laboratorio), *efectividad* (efectos en situaciones clínicas naturales) y *eficiencia* (matriz coste/eficacia o efectividad).

Dominios de evaluación

Hasta el momento existe cierto consenso respecto a los dominios de evaluación:

1. Medidas de síntomas y trastornos específicos:
 - Generales.
 - Medidas específicas por trastorno.
2. Medidas de funcionamiento:
 - Globales.
 - Multidimensionales.
3. Medidas de estado general de salud.
4. Medidas de calidad de vida.
5. Medidas de seguridad pública y bienestar social:
 - Violencia.
 - Conducta disruptiva.
 - Carga familiar.
6. Medidas de satisfacción con la atención recibida.

Informantes

Debe contarse y conjugar la información de diversos informantes: el propio clínico y el paciente, otros informantes significativos (familiares, agentes sociales, etc.), otros profesionales, observadores independientes, etc. No existe una información mejor que otra, pues cada informante refleja un aspecto de la realidad que ha de ser combinado.

Instrumentos de medida

Mientras no existan baterías consensuadas de evaluación de resultados en cada caso, deben seleccionarse los instrumentos a utilizar. Para facilitar esa tarea, siguiendo las directrices ofrecidas por Newman y Carpenter (1997), pueden especificarse las siguientes directrices:

1. Deben ser relevantes a los usuarios de los servicios englobados e independientes del tratamiento ofrecido en cada Centro.
2. Tienen que ser sencillos y fáciles de enseñar al personal de los Centros.
3. En lo posible han de utilizar referentes objetivos.
4. Deben dar la posibilidad de usar múltiples informadores.
5. Tienen que facilitar la evaluación del proceso de cambio, no exclusivamente del resultado.
6. Los instrumentos seleccionados han de disponer de unos criterios de calidad psicométrica altos.
7. Hay que disponer del coste más bajo posible considerando su función.
8. Deben ser comprensibles por audiencias no profesionales para facilitar su impacto social.
9. Tienen que ofrecer una interpretación sencilla que favorezca el *feedback* a los servicios.
10. Han de ser útiles en servicios clínicos.
11. Deben ser compatibles con las teorías psicológicas actuales y con las prácticas evaluadas.

Temporización de la medida

La planificación de la medida debe realizarse de forma anterior a la puesta en marcha del tratamiento y aplicarse en los distintos momentos elegidos considerando:

- **Ventanas de medida:** período al cual se refiere una medida.
- **Momentos de medida:** las necesidades clínicas aconsejan disponer de medidas durante el tratamiento (continuadas y por fases, por ejemplo) y de medidas posteriores, de seguimiento, que establezcan la generalización y el mantenimiento del cambio una vez finalizado el tratamiento.

Exposición de un caso clínico

Para seguir el cambio que se iba produciendo y valorar los resultados finales de la intervención, se utilizó una estrategia combinada, que empleó diversas técnicas en los distintos momentos.

Para llevar a efecto la evaluación durante y postratamiento, se realizaron medidas con el BDI y el GHQ-28 en la evaluación pre y al finalizar cada una de las fases de la intervención. En la tercera fase la medida se realizó en uno de los seguimientos trimestrales, con lo que puede decirse que consistió en un seguimiento a los seis meses de finalizado el tratamiento. De forma complementaria, se mantuvo la autoobservación durante fases completas de la intervención, combinada con el diario que se pidió al paciente que llevara durante todo el proceso de intervención. Ambas técnicas resultaron de gran utilidad para la identificación de los cambios más cualitativos producidos. Al finalizar la intervención, se combinaron los datos provenientes de las pruebas con los del propio paciente, la opinión clínica de los terapeutas y los de una entrevista a los padres y una consulta con el psiquiatra.

Según finalizaba la evaluación y avanzaba la fase primera del tratamiento, enseguida se comenzó a detectar en el diario un empeoramiento de algunas ideas irracionales y de los sentimientos de tristeza y malestar. Esta fase se completó muy rápidamente (cuatro semanas) y se monitorizó su final con el BDI y el GHQ-28. Ambos, mucho más claramente el GHQ-28, confirmaron el empeoramiento. La interpretación que se manejó, fue la relacionada con el aumento de la conciencia de enfermedad, que en

muchos casos puede provocar esos empeoramientos iniciales. Fue el argumento que se utilizó con el paciente para conseguir que continuara un tratamiento que parecía estarle poniendo las cosas aún más difíciles.

En la 2.^a fase se tomaron las mismas medidas, esta vez acompañadas de los propios registros de las exposiciones y autoexposiciones realizados. En las figuras 7.2, 7.3 y 7.4 se incluyen los resultados del autorregistro, del BDI junto con la medicación y del GHQ-28, respectivamente, a lo largo de la intervención: medidas pre, fases 1.^a, 2.^a y 3.^a del tratamiento.

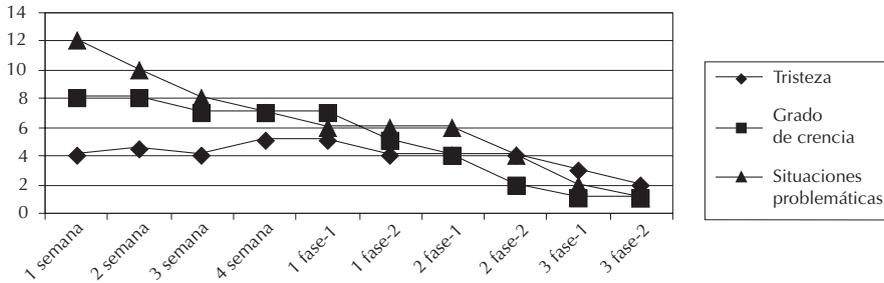


Figura 7.2. Tristeza, grado de creencia y situaciones problemáticas antes, durante y al final del tratamiento a partir del autorregistro.

Debe destacarse el importante cambio registrado en el grado de creencia y en la frecuencia de situaciones problemáticas. Sin embargo, también hay que comentar la evolución de los sentimientos de tristeza y bajo estado de ánimo que, aunque mejoraron, no desaparecieron. Este hecho nos hizo reconsiderar la opción del trastorno distímico que se descartó durante la evaluación pretratamiento. Dada la evolución social que llevaba el paciente, se prefirió no intervenir y dejar que el propio curso de las cosas terminara por aclarar la situación. Se esperaba que, al mejorar la situación social, aumentarían las recompensas y terminaría de mejorar el estado de ánimo.

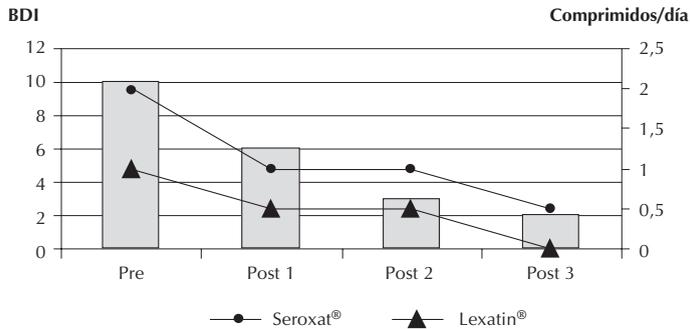


Figura 7.3. Resultados del BDI y número de comprimidos al día a lo largo de las fases de la intervención.

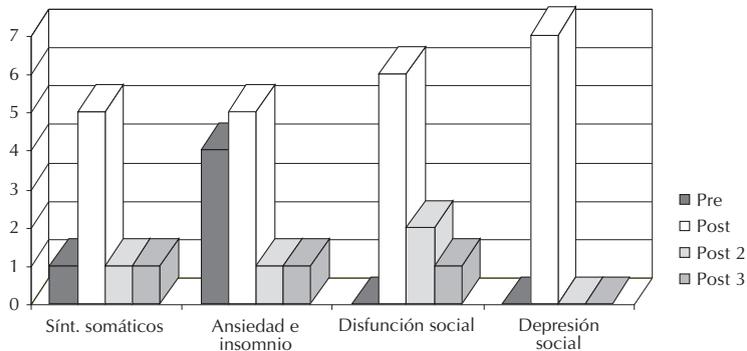


Figura 7.4. Resultados del GHQ-28 durante las fases de la intervención.

Una vez superada la caída inicial por el aumento de conciencia de sus problemas y los cambios en las atribuciones que podía ir generando la información de los terapeutas, y especialmente la de la autoobservación, el paciente comenzó a presentar una mejoría evidente:

- No volvieron a aparecer episodios especiales.
- Se avanzó muy deprisa en la autoexposición.
- Mejoró sensiblemente la valoración subjetiva del paciente en los diarios y entrevistas.
- Mejoraron las puntuaciones en las pruebas de control (BDI y GHQ-28).
- Mejoró la puntuación de la Escala de evaluación del funcionamiento global del DSM-IV-TR, llegando prácticamente a 85.
- Disminuyó la sobrevaloración de los demás.
- Mejoró en la autoestima intelectual.

Al finalizar la 3.^a fase, además de la mejoría mostrada en los instrumentos de evaluación y de mantener todos los cambios producidos durante las fases anteriores, se observó una mejora en el número y en la calidad de las relaciones sociales, incluyendo las de las mujeres. El paciente prefirió dejar las relaciones sexuales para el momento de establecer una relación más formal y duradera, se respetó su idea y se le animó a que volviera a consulta cuando considerara llegado el momento. Debe aclararse que este consejo se le explicó en la línea de que era bueno que volviese a consulta no porque pudiera tener dificultades, sino para mejorar en lo posible el tipo de relación. De forma no esperada ni planificada en el tratamiento, Anakin comenzó un proceso de independencia de sus padres, económica y de vivienda, que le permitiera poder llevar una vida independiente y plena en un futuro próximo.

Preguntas de autoevaluación

1. Durante el tratamiento la evaluación debe ser:
 - a) Sencilla pero prolongarse, mediante intervalos, a lo largo de toda la sesión.
 - b) Pormenorizada para identificar todos los posibles cambios ocurridos.
 - c) Breve, rutinaria y sensible a pequeños cambios en variables clave.
 - d) Breve pero variada, para que el cliente no sepa que le estamos evaluando.
 - e) Al no poder emplear la entrevista, hay que utilizar cuestionarios.

2. La reformulación del caso puede abordarse:
 - a) Ante un fracaso en el tratamiento.
 - b) Ante un tratamiento exitoso por diversas razones.
 - c) Puede llevarse a cabo en cualquiera de los dos casos anteriores.
 - d) No debe reformularse el caso durante la intervención. La reformulación significaría iniciar un nuevo tratamiento.
 - e) No se contempla la posibilidad de modificar las formulaciones clínicas sin iniciar de nuevo el proceso de EPC.

3. Los dominios de evaluación de resultados de la intervención tendrán que incluir:
 - a) Medidas de síntomas y calidad de vida, entre otras variables.
 - b) Solamente medidas de síntomas para saber si se ha controlado el trastorno.
 - c) Son suficientes las medidas de salud y calidad de vida para identificar los cambios globales del paciente.
 - d) Medidas de comparación con la población normal (tipificadas).
 - e) No se han publicado directrices al respecto; cada autor emplea las que cree convenientes en cada caso.

4. La ventana de medida se refiere a:
 - a) El período que dura la evaluación.
 - b) La fase de la evaluación en la que se toman medidas directas, como el autorregistro.
 - c) La distancia temporal entre las medidas pre y postratamiento.
 - d) La distancia temporal entre el final del tratamiento y el seguimiento.
 - e) El período al cual se refiere una medida.

8

Material para el terapeuta

Como apoyo al proceso de EPC se incluyen los siguientes materiales que pueden resultar prácticos en el trabajo cotidiano del evaluador:

- Cuestionario de admisión.
- Guía de entrevista clínica general (Muñoz, 2001).
- Cuestionario breve de salud del paciente (PHQ) (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999).
- PHQ, cuestiones para abordar en la entrevista posterior (segunda fase).
- Examen Mini-mental (Folstein *et al.*, 1975, versión de Lobo *et al.*, 2002).
- Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2003).
- Normas para el uso de autorregistros.
- Escala de acontecimientos diarios molestos (Kanner *et al.*, 1981).
- Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo (Kanner *et al.*, 1981).
- Entrevista de devolución de información (a partir de Turkat, 1986).
- Normas para la redacción de informes.
- Esquema de informe clínico.
- Escala de evaluación del funcionamiento global (EEFG) (DSM-IV-TR, APA, 2000).
- Escala breve de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-S) (OMS, 1997).
- Calidad de vida (QOL) (Baker e Intagliata, 1982).

Cuestionario de admisión

Datos personales:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Edad: _____ Estado civil: _____

Detalle los miembros de su familia:

¿Qué lugar ocupa usted?:

Estudios: _____ Profesión: _____

Situación laboral actual:

Lugar de trabajo o estudios (si hay):

Dirección:

Teléfonos:

Motivo de consulta

Describe con detalle los problemas psicológicos por los que quisiera recibir ayuda:

Especifique: ¿desde cuándo ha tenido esos problemas y cómo han evolucionado desde entonces?

¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico anterior? ¿Cuál ha sido el resultado?

Guía de entrevista clínica general (Muñoz, 2001)

1. Interacción inicial

- 1.1. Observación de las características de la persona (puntualidad, arreglo personal, movimientos, estado general, cooperación, etc.)
 - 1.2. Si es necesario, inclusión de preguntas de exploración inicial (orientación témporo-espacial, mantenimiento de la atención, etc.)
-

2. Delimitación inicial de los problemas

- 2.1. ¿Cuál es el problema por el que acude a consulta? (no interrumpir, esperar el silencio e insistir) ¿Quiere usted contarme algo más acerca de ello?
- 2.2. En la actualidad, ¿tiene usted algún otro problema o preocupación? (reparar ámbitos principales: familia, trabajo, ocio, etc. y buscar sucesos vitales estresantes en los últimos seis meses) (lista de problemas)

Considerar el uso de la entrevista de detección o alguna parte de la misma en este momento (preguntas clave)

- 2.3. De todos los problemas que me ha contado, ¿cuál considera usted más importante o urgente? (orden de la lista de problemas)
-

3. Análisis de secuencias actuales

(Empezar por el problema más importante de los mencionados por la persona. Las preguntas pueden repetirse por cada problema o puede optarse por dejar algunos para entrevistas posteriores)

- 3.1. ¿Puede describir con exactitud todo lo que ocurre en esas ocasiones?
Cuénteme, como en una película, la última vez que le ha sucedido o se ha sentido de ese modo (si hay dificultades de recuerdo, pueden utilizarse estrategias para revivir la situación en imaginación) (secuencia más reciente)
- 3.2. ¿En qué situaciones o momentos aparece el problema? ¿Qué personas están presentes y qué están haciendo? ¿Qué está usted haciendo o pensando justo antes de empezar el problema? ¿Qué siente en esos momentos previos al problema?

[A partir de la identificación del comienzo de la secuencia, continuar su análisis: para cada situación, momento o comportamiento, identificar el orden de aparición en la secuencia y las relaciones de contingencia (las probabilidades de aparición y no-aparición). La secuencia termina cuando ha pasado el problema ("ha pasado lo peor"), se producen cambios de actividad, etc. Si no se consigue identificar un comienzo, puede ser útil iniciar el análisis cuando el problema ha aparecido e ir dando pasos hacia atrás]

4. Historia clínica

- 4.1. ¿Cuándo le ocurrió este problema por primera vez? ¿Cuándo se lo contó a alguien o requirió ayuda profesional?
- 4.2. Intente recordar aquella primera ocasión, ¿podría describirla como hemos hecho con la más reciente, como en una película? (primera secuencia)

(.../...)

Guía de entrevista clínica general (Muñoz, 2001) (continuación)

- 4.3. Hábleme un poco de aquella época, ¿qué hacía usted por aquel entonces? (recordar ámbitos principales y buscar sucesos vitales estresantes de aquella época)
 - 4.4. Desde entonces, ¿podría decir que el problema ha mejorado, ha empeorado...? (analizar cada período de mejoría o recaída, atender a los posibles ciclos, buscar posibles relaciones con sucesos vitales estresantes, analizar los efectos de posibles tratamientos anteriores, etc.)
 - 4.5. Intente recordar la ocasión en la que el problema fue peor, más grave, cuándo se sintió peor... ¿puede describirlo como en una película? (buscar sucesos vitales estresantes) (secuencia más grave-intensidad)
 - 4.6. Intente también describir alguna de las ocasiones más leves (el problema debe aparecer, pero de forma muy leve) (secuencia más leve-intensidad)
 - 4.7. ¿Han existido ocasiones excepcionales en las que el problema ha aparecido con alguna particularidad o de forma diferente?
 - 4.8. ¿Cómo es la situación actual con relación a las dos anteriores? (intensidad)
-

5. Situación vital actual

- 5.1. Con relación a su situación actual, ¿cómo es su vida en la actualidad? (trabajo, estudios, vida familiar, amigos, ocio, vida sexual, sueño, drogas, etc.) (DSM-IV eje IV; CIE-10 eje II; problemas psicosociales y ambientales que puedan incidir en el problema)
- 5.2. ¿Tiene usted algún (otro) problema de salud? ¿Está en tratamiento médico o toma medicinas para algo? (DSM-IV eje III)

(Esta área puede utilizarse para recoger información a la vez que se relaja a la persona y se la distrae para controlar la carga emocional de la entrevista)

6. Importancia del problema

- 6.1. ¿Hasta qué punto está afectando este problema a su vida? (recordar ámbitos principales y explorar las consecuencias del problema, como alcohol, drogas e ideas suicidas) (DSM-IV eje V)
 - 6.2. ¿Toma medicación o sigue algún otro tratamiento para solucionarlo?
 - 6.3. ¿Se lo ha contado a alguien? ¿A quién? (si no se lo ha contado a nadie, ¿por qué no?) (apoyo social)
 - 6.4. ¿Cómo se han tomado el problema las personas más cercanas a usted? (apoyo social)
-

7. Análisis de parámetros

- 7.1. ¿Cuántas veces le ocurre este problema al día, a la semana, etc.? ¿Cuántas veces ayer, la última semana, etc.? (frecuencia)
- 7.2. Confirmar la duración de las secuencias que ha ido contando (usted me dijo que la última vez que pareció el problema desde el principio hasta que había pasado lo peor o estaba totalmente bien pasaron... (segundos, minutos, horas,...) (duración)

(Ya se conoce la intensidad. Las relaciones de contingencia pueden establecerse durante las preguntas de secuencias de esta entrevista, dejarse para una segunda entrevista o ayudarse de una autoobservación u observación)

(.../...)

Guía de entrevista clínica general (Muñoz, 2001) (continuación)

8. Diagnóstico DSM-IV-TR/CIE-10

En este momento se debe disponer de suficiente información para avanzar un diagnóstico DSM-IV-TR (cinco ejes) o CIE 10 (tres ejes) que se confirmará posteriormente. Si no se tiene suficiente información, pueden incluirse preguntas específicas para el diagnóstico (no centrarse exclusivamente en el problema principal, valorar todos los conocidos e investigar con preguntas de detección los relacionados)

9. Otras variables de interés

- 9.1. ¿A qué ha atribuido usted la aparición de su problema? ¿Y su mantenimiento? (causalidad percibida, atribuciones)
 - 9.2. ¿Hasta qué punto le interesa a usted solucionar este problema? (motivación para el cambio)
 - 9.3. ¿Qué hace usted por sí mismo para solucionar el problema? (insistir en el “por sí mismo”) ¿Qué resultado le ha dado o le está dando ahora? (recursos de autocontrol)
 - 9.4. ¿Qué personas cercanas a usted le han ayudado? ¿Quién podría ayudarle? (apoyo social)
 - 9.5. ¿Qué espera usted conseguir con esta intervención? ¿Qué espera usted del tratamiento psicológico? (expectativas de cambio)
-

10. Recapitular y devolver la información (aprovechar para contrastar la información recogida con la persona)

11. ¿Cómo se siente usted después de haber venido a la consulta? ¿Ha sido como usted esperaba?

12. Indicar las “tareas para casa”, si hay (cuestionarios, autorregistros, diarios, traer informes, hablar con familiares para pedirles que vengan, etc.)

(Recordar que la entrevista tiene que terminar de forma agradable y con un tono afectivo positivo, al menos mejor que aquel con el que empezó. Recordar igualmente que el esquema propuesto debe ser flexible y el clínico debe esforzarse en adaptarlo a cada caso y situación)

Cuestionario breve de salud del paciente (PHQ)
Spitzer, Kroenke y Williams, 1999

La prueba incluye dos fases: Cuestionario de detección y breve entrevista diagnóstica sobre los resultados del cuestionario.

Cuestionario breve de salud del paciente (PHQ) (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999)

Este cuestionario es importante para ofrecerle el mejor cuidado posible de su salud. Sus respuestas nos ayudarán a entender mejor sus problemas

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: Mujer Varón Fecha: _____

I. ¿Con qué frecuencia ha sufrido alguno de los siguientes problemas durante las últimas dos semanas?

	<i>Nunca</i>	<i>Algunos días</i>	<i>Más de la mitad de los días</i>	<i>Casi todos los días</i>
a) Poco interés o placer en/para hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sentirse deprimido, sin esperanza, con un bajón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Problemas para dormir o dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sentirse cansado o sin energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Pobre apetito o demasiada hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sentirse mal consigo mismo o sentir que ha fracasado con usted mismo o con su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Problemas para concentrarse en leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Moverse tan despacio que otras personas se lo han comentado, por el contrario, estar tan activo que tiene que moverse más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Pensar que estaría mejor muerto o en dañarse a sí mismo de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Preguntas sobre ansiedad

	<i>NO</i>	<i>SÍ</i>
a) En las <i>últimas cuatro semanas</i> , ¿ha sufrido usted un ataque de ansiedad o ha sentido mucho miedo o pánico de repente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado NO a esta pregunta, vaya al bloque 3

(.../...)

Cuestionario breve de salud del paciente (PHQ) (continuación)

	NO	Sí
b) ¿Le había ocurrido antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Alguno de estos ataques le ocurre <i>de repente fuera de lugar</i> , es decir, en situaciones en las que no espera sentirse nervioso o mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Estos ataques le preocupan mucho o se siente preocupado por si le vuelve a ocurrir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Durante el último de estos ataques sintió usted síntomas como respiración entrecortada, sudor, taquicardias o arritmias cardíacas, mareos o vértigos, entumecimiento o náuseas o malestar en el estómago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Si usted ha sufrido cualquiera de los problemas incluidos en el cuestionario hasta ahora, ¿qué dificultades le han creado para trabajar, hacer el trabajo doméstico o estar con otras personas?

<i>Ninguna dificultad</i>	<i>Algunas dificultades</i>	<i>Muchas dificultades</i>	<i>Extremas dificultades</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido usted molestias por alguno de los siguientes problemas?

	<i>Nunca</i>	<i>Poca</i>	<i>Mucha</i>
a) Preocuparse por su salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Su peso o su aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bajo o ningún deseo o placer sexual durante el sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Problemas con su pareja (marido/esposa; novio/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Estrés por cuidar a niños, padres u otros familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Estrés en el trabajo o en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Problemas o preocupaciones económicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) No tener a nadie a quién recurrir o con quién hablar cuando tiene un problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Algo malo le ha ocurrido recientemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Pensar o soñar con algo terrible que le ocurrió a usted en el pasado, como la destrucción de su casa, un accidente, sufrir una agresión o ser forzado sexualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. En el último año, ¿ha sufrido usted golpes, agresiones, patadas o ha sido forzado a tener relaciones sexuales?

NO Sí

(.../...)

Cuestionario breve de salud del paciente (PHQ) (continuación)

6. En la actualidad, ¿qué es lo peor que le ocurre, lo más estresante o lo que más le molesta?

7. ¿Está usted tomando alguna medicación para la ansiedad, la depresión o el estrés?

NO

SÍ

Los autores recomiendan utilizar el CAGE de alcohol y drogas y el Minimalist para disponer de una información más completa. También existe un módulo para problemas ginecológicos y una versión para adolescentes

PHQ, cuestiones para abordar en la entrevista posterior (segunda fase)

<i>Trastorno</i>	<i>Preguntas de detección</i>	<i>Factores confirmatorios</i>
Depresión	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se ha sentido usted decaído, deprimido o desesperanzado durante el último mes? 2. ¿Siente poco interés o placer por hacer cosas? 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de apetito • Problemas de sueño • Cambios en la autoestima (inútil, despreciable, culpable)
Ansiedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Tiene usted subidas de ansiedad o nerviosismo repentinas o inesperadas? 2. ¿Se siente usted tenso, preocupado o estresado con frecuencia? 	<ul style="list-style-type: none"> • Disparos agudos de síntomas autonómicos (dolor en el pecho, palpitaciones, problemas respiratorios, temblores, sudor, sofocos o náuseas) • Presencia de ansiedad o preocupación crónica • Evitación de sitios o situaciones por ansiedad, miedo o preocupación • Presencia de obsesiones-compulsiones
Trastornos de ansiedad DSM-IV		
<i>Trastorno de pánico</i>		Ataques de pánico espontáneos o múltiples > ansiedad crónica
<i>Pánico con agorafobia</i>		Ataques de pánico múltiples = evitación frecuente > ansiedad crónica
<i>Ansiedad generalizada</i>		Ansiedad crónica > evitación > ataques de pánico
<i>Fobia social</i>		Evitación > ansiedad crónica = ataques de pánico (situaciones sociales)
<i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>		Obsesiones + compulsiones > ansiedad crónica > ataques de pánico (ansiedad y pánico generalmente asociada a los contenidos de las obsesiones)
Reacciones de estrés	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha atravesado usted algún período de estrés importante durante los últimos seis meses (o desde su última visita)? 2. En toda su vida, ¿ha sufrido usted algún suceso que amenazase su vida, como desastres naturales, accidentes graves, agresiones físicas o sexuales, situaciones de combate militar o abuso infantil? 	<p>Desde que sufrió esa experiencia estresante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sobresalta con facilidad • Se enfada o se siente irritable • Tiene vacío emocional o se siente distanciado de sus sentimientos • Está predispuesto a reacciones físicas cuando recuerda el suceso

(.../...)

PHQ, cuestiones para abordar en la entrevista posterior (segunda fase) (continuación)

Trastorno	Preguntas de detección	Factores confirmatorios
Alcohol	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Con qué frecuencia bebe usted alcohol? 2. Los días que bebe usted, ¿cuántos vasos bebe? 	<p>CAGE-AID</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzos para dejar de beber o usar drogas • Preocupado porque otras personas le critican su forma de beber o usar drogas • Culpable acerca de la bebida o del uso de drogas • Emplear drogas para detener sus temblores matinales, tranquilizarse o eliminar los síntomas de abstinencia
<i>Grandes bebedores (criterios NIAAA)</i>		<p>Varones adultos: >14 vasos/semana o >4 vasos, más de una vez/semana</p> <p>Mujeres adultas: >7 vasos/semana o >3 vasos, más de una vez/semana</p> <p>Adultos de >65: >7 vasos/semana o >2 vasos, más de una vez/semana</p>
Drogas	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Con qué frecuencia utiliza usted fármacos o drogas de la calle para: <ul style="list-style-type: none"> • Relajarse o controlar el estrés • Calmar sus nervios • Controlar el dolor • Darse ánimos o entonarse? 2. En los días que usted utiliza medicinas o drogas por esas razones, ¿qué cantidad usa (número de pastillas, euros, etc.)? 	
<i>Uso problemático de drogas</i>		<p>Drogas de la calle: >42 €/semana o 12 €, más de una vez/semana</p> <p>Medicaciones: sobreutilización, automedicación, uso de otros fármacos similares a los recetados y compra en la calle</p>
<i>Problemas cognitivos graves</i>	Utilizar el Mini-mental (ver material para el paciente)	

Examen Mini-mental (Folstein et al., 1975; versión de Lobo et al., 2002)

Ítem	Puntos obtenidos	Máximo
Orientación temporal		
• ¿En qué año estamos?	<input type="text"/>	1
• ¿En qué estación del año estamos?	<input type="text"/>	1
• ¿En qué día de la semana estamos?	<input type="text"/>	1
• ¿Qué día (número) es hoy?	<input type="text"/>	1
• ¿En qué mes estamos?	<input type="text"/>	1
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	5
Orientación espacial		
• ¿En qué provincia estamos?	<input type="text"/>	1
• ¿En qué país estamos?	<input type="text"/>	1
• ¿En qué pueblo o ciudad estamos?	<input type="text"/>	1
• ¿En qué lugar estamos en este momento?	<input type="text"/>	1
• ¿Se trata de un piso o de una planta baja?	<input type="text"/>	1
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	5
Memoria inmediata		
Voy a nombrar tres objetos. Después de que yo los diga, me gustaría que usted los repitiera. Son: EURO, CABALLO Y MANZANA. ¿Podría repetirlos? (Un punto por cada respuesta correcta en el primer intento y repetir hasta que el paciente los aprenda, con un máximo de seis intentos). Ahora me gustaría que los recordase porque se las preguntaré dentro de un rato	<input type="text"/>	3
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	3
Atención y cálculo		
Utilizar solamente uno de los dos ítems siguientes:		
a) Si tiene 30 € y me da 3 ¿cuántos le quedan? ¿y si me da otros 3? (hasta cinco restas). Dejar que diga cinco números y dar un punto por cada respuesta correcta	<input type="text"/>	5
b) Repita estos números: 592 (repetir hasta que los aprenda). Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en número y orden). La OMS incluye la palabra MUNDO y vale 5 puntos)	<input type="text"/>	3
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	8

(.../...)

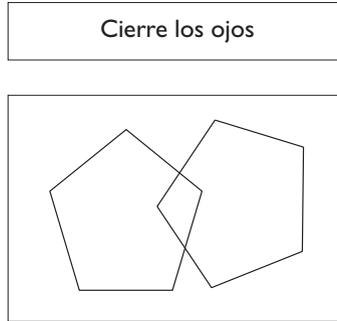
Examen Mini-mental (Folstein et al., 1975; versión de Lobo et al., 2002) (cont.)

Ítem	Puntos obtenidos	Máximo
Memoria a corto plazo		
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? No dar pistas	<input type="text"/>	3
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	3
Lenguaje (nombrar y repetir)		
• Enseñar al paciente un BOLÍGRAFO. ¿Qué es esto?	<input type="text"/>	1
• Enseñar al paciente un RELOJ. ¿Qué es esto?	<input type="text"/>	1
• ¿Podría repetir la siguiente frase exactamente? EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS	<input type="text"/>	1
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	3
Comprensión y seguimiento de instrucciones		
• ¿Qué son un gato y un perro?	<input type="text"/>	1
• ¿Y el rojo y el verde?	<input type="text"/>	1
• Ahora haga lo que le digo: coja este papel (señalarlo sobre la mesa) con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa. Dar un punto por cada instrucción seguida correctamente	<input type="text"/>	3
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	5
Lecto-escritura (lectura, copiado y escritura)		
Enseñar al paciente la tarjeta adjunta y pedirle que siga la instrucción escrita en ella (cierre los ojos)	<input type="text"/>	1
Dar al paciente un lápiz y un papel y pedirle que escriba una frase completa con sentido (sirve cualquier frase). Puntuar si la frase tiene sentido (incluye sujeto, verbo y predicado)	<input type="text"/>	1
En el mismo papel, pedir al paciente que copie el dibujo de la tarjeta adjunta. Positivo si mantiene los ángulos y se cruzan las figuras formando un polígono de cuatro lados, no importan líneas temblorosas	<input type="text"/>	1
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	3
Total	<input type="text"/>	35

(.../...)

Examen Mini-mental (Folstein et al., 1975; versión de Lobo et al., 2002)(cont.)

Figuras Mini-mental: Tarjeta para utilización en el Mini-mental.



Puntos de corte recomendados:

Personas mayores de 65 años	23/24 (23 es CASO; 24 es NO CASO)
Personas menores de 65 años	27/28 (27 es CASO; 28 es NO CASO)

Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2002)

A continuación le voy a realizar algunas preguntas relacionadas con su bienestar psicológico. Lo que quiero es conocer mejor cómo se enfrenta usted a sus problemas y qué cosas le preocupan actualmente. Sé que puede ser difícil hablar de algunas cosas; y que otras le pueden parecer extrañas no se preocupe por ello y haga un esfuerzo por contestar de la forma más sincera posible.

Trastorno	Preguntas clave
Depresión mayor y distimia	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empezando por su estado de ánimo: ¿cómo se ha sentido de estado de ánimo en los últimos 15 días? • ¿Se ha sentido usted decaído, deprimido o desesperanzado durante el último mes? • ¿Ha perdido interés por las cosas que normalmente le gustaban? <p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresión facial de tristeza, arreglo personal, postura, etc.
Manía/hipomanía	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha habido veces en las que usted se ha sentido muy bien, mejor de lo normal, durante varios días hasta el punto de que los demás se lo han comentado? <p>Si negativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha sentido inusualmente irritable durante varios días, con ganas de discutir o regañar?
Ansiedad generalizada	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha sentido tenso, nervioso o preocupado en los últimos días? • ¿Piensa que es usted una persona nerviosa o miedosa? • ¿Está usted continuamente preocupado por algo o por distintas cosas?
Trastorno de pánico	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez ha sufrido un ataque de ansiedad o de miedo durante el cual haya sentido de repente un aumento de la ansiedad o del miedo a morir o a perder el control sobre sí mismo?
Agorafobia	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Siente usted miedo a los espacios abiertos, a los grandes almacenes, al cine, etc.? ¿Siente usted temor a los túneles, puentes, etc.? • Algunas personas tienen miedo de salir solas a la calle o de quedarse solas en casa, ¿le ocurre esto a usted?
Fobia social	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas personas sienten mucho temor o vergüenza a ser evaluados o a hacer algunas cosas en público. Por ejemplo: pueden tener miedo a comer o a escribir delante de otros, a hablar en público, etc. por miedo a ser evaluados o a hacer el ridículo o a quedar mal delante de otras personas. ¿Le preocupan a usted este tipo de cosas?
Fobia específica	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas personas tienen miedo de ciertos objetos, situaciones o animales. ¿Tiene usted algún miedo importante a algún animal, situación o cosa?

(.../...)

Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2002) (continuación)

Obsesiones

- A algunas personas les asaltan pensamientos extraños, tontos, desagradables u horribles. No tienen sentido y son irracionales, pero se repiten continuamente sin poder dejar de pensar en ellos (intrusivos). Por ejemplo: pensar repetidamente que podría hacer daño a algún ser querido, que podría hacer alguna obscenidad en público, que podría haberse contaminado o ensuciado con algo o que ha atropellado a alguien con el coche. ¿Le asaltan a usted pensamientos de este tipo?
-

Compulsiones

Preguntar:

- Otras personas tienen que hacer algo y repetirlo una y otra vez, aunque no quieran hacerlo. Por ejemplo: se lavan las manos repetidamente, comprueban que han cerrado bien la puerta o el gas o cuentan cosas excesivamente. ¿Tiene usted este tipo de comportamientos?

Observar:

- Manos enrojecidas, estilo general “ordenado” o rígido, guantes, no tocar el picaporte, etc.
-

Trastorno dismórfico corporal

- ¿Cree usted que hay algo extraño en su aspecto físico?
 - ¿Piensa usted que está muy gordo, desfigurado o algo así?
-

Abuso y dependencia de alcohol

Preguntar:

- Ahora le voy a hacer algunas preguntas respecto a sus hábitos de comida y bebida
- ¿Cómo son sus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas? (incluye vino y cerveza)
- En la última semana, ¿cuánto ha bebido usted?
Criterios NIAAA:
Varones adultos:
>14 vasos/semana o >4 vasos, más de una vez/semana
Mujeres adultas:
>7 vasos/semana o >3 vasos, más de una vez/semana
Adultos de > 65:
>7 vasos/semana o >2 vasos, más de una vez/semana

Preguntas de filtrado:

(CAGE, Mayfield, McLeod y Hall, 1974)

- 1) ¿Ha habido algún período de tiempo en su vida en el que haya pensado dejar de beber o beber menos?
- 2) ¿Las personas de su familia, amigos o médicos le han criticado por su hábito de bebida?
- 3) ¿Se ha sentido culpable alguna vez debido a su hábito de bebida?
- 4) ¿Alguna vez ha necesitado beber nada más levantarse por la mañana para sentirse mejor o menos nervioso?

(.../...)

Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2002) (continuación)

Trastorno	Preguntas clave
	<p>Si todas negativas:</p> <ul style="list-style-type: none">• No es necesario administrar la sección <p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Signos faciales de bebida (capilares de la nariz, por ejemplo), temblor de manos, desarreglo personal, olor a alcohol, etc.
Abuso y dependencia de otras drogas	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ahora me gustaría que hablásemos sobre su consumo de drogas• ¿Ha probado o consumido alguna vez drogas como cannabis, cocaína o heroína? <p>En los días que usted utiliza medicinas o drogas, ¿qué cantidad usa (número de pastillas, euros, etc.)?</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Drogas de la calle:</i> >42 €/semana o 12 €, más de una vez/semana• <i>Medicaciones:</i> sobreutilización, automedicación, uso de otros fármacos similares a los recetados y compra en la calle <p>Preguntas de filtrado:</p> <p>¿Con qué frecuencia ha consumido drogas? (con menos de 10 veces toda la vida pasar a fármacos) (CAGE-D, a partir de Mayfield, McLeod y Hall, 1974)</p> <ol style="list-style-type: none">1) ¿Ha habido algún período de tiempo en su vida en el que haya pensado en dejar de consumir o disminuir el consumo?2) ¿Las personas de su familia, amigos o médicos le han criticado por su hábito de consumo?3) ¿Se ha sentido culpable alguna vez debido a su hábito de consumo de drogas?4) ¿Alguna vez ha necesitado consumir nada más levantarse por la mañana para sentirse mejor o menos nervioso? <p>Si todas negativas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasar a fármacos <p>Fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Le han recetado o ha usado sin receta alguna vez tranquilizantes, anfetaminas, calmantes, antidepresivos u otros psicofármacos? <p>Si afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Durante cuánto tiempo estuvo tomándolos?• ¿Se enganchó o se hizo adicto a ellos?• ¿Tomó alguna vez más de los que le recetó el médico? <p>Si negativas:</p> <ul style="list-style-type: none">• No es necesario administrar esta sección

(.../...)

Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2002) (continuación)

	<p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Moqueo, problemas respiratorios, brazos y piernas “demasiado tapados”, señales de pinchazos, etc.
<hr/> Bulimia nerviosa	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguna vez ha comido usted mucho en muy poco tiempo, como dándose un atracón? <p>Si afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Sintió que perdía usted el control sobre su forma de comer?
<hr/> Anorexia nerviosa	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Alguna vez sus familiares, amigos, médico u otras personas le han dicho que está usted muy delgado, que ha perdido demasiado peso o que tiene que engordar?• ¿Cuántas dietas ha seguido usted en el último año?• ¿Piensa que debería seguir una dieta?• ¿Se siente poco satisfecho con la forma o el tamaño de su cuerpo?• ¿Su peso afecta a la forma en la que se siente usted consigo mismo? <p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Extremada delgadez
<hr/> Trastorno por estrés postraumático	<ul style="list-style-type: none">• Antes le he preguntado acerca de algunos sentimientos y situaciones recientes. Pensando en toda su vida, ¿ha sufrido algún suceso que usted haya considerado traumático?• ¿Alguna vez ha vivido alguna situación que le ha hecho sentir que su vida o la de otra persona estaba en peligro?• ¿Ha sufrido usted agresiones de cualquier tipo?• ¿Ha sufrido usted algún suceso que amenazase su vida, como desastres naturales, accidentes graves, agresiones físicas o sexuales, situaciones de combate militar o abuso infantil?
<hr/> Psicosis	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Finalmente, ¿alguna vez ha escuchado voces o visto cosas que otras personas no podían oír o ver?• ¿Ha sentido que le espían, le persiguen o quieren hacerle daño los demás?• ¿Tiene usted algún tipo de ideas de las que no quiere hablar con la gente porque teme que piensen que está usted loco? <p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Arreglo personal, desconfianza, timidez injustificada, hablar con extraños, lógica extraña, etc.
<hr/> Sueño	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguna vez ha tenido dificultades para conciliar el sueño al acostarse o se ha despertado durante la noche?

(.../...)

Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2002) (continuación)

Trastorno	Preguntas clave
	<p>Si afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Ha estado más de 30 min intentando dormirse?• ¿Tiene pesadillas o se despierta sobresaltado con frecuencia?• ¿Tiene episodios durante el día en los que tiene tanto sueño que llega a dormirse aunque no quiera?
Sexuales	<ul style="list-style-type: none">• ¿Se siente satisfecho de su vida sexual?• ¿Alguna vez otra persona (pareja sexual) le ha indicado que no estaba del todo satisfecha con su actividad sexual?
Adaptativos	<ul style="list-style-type: none">• ¿Ha sufrido algún suceso en los últimos seis meses que le haya costado o no haya podido superar? <p>Si afirmativo: ¿podría explicarme qué sucedió?</p>

Normas para el uso de autorregistros

El uso de autorregistros siempre es una tarea compleja y delicada. Con frecuencia a los pacientes les cuesta cumplimentar los registros, no entienden su objetivo o simplemente no están suficientemente motivados para hacerlos. Algunas claves que pueden ayudar en esta tarea son:

1. Indicar al paciente la necesidad de disponer de más información y más precisa para entender mejor su problema

Fomentar la actitud investigadora del paciente respecto a su propia vida. Animarle a identificar sus problemas, las posibles causas, lo que hacen los demás, etc. Demostrar los fallos y sesgos de la memoria, incluso con sucesos próximos en el tiempo

2. Solicitar las sugerencias del paciente

Recoger todas las sugerencias del cliente con distintos objetivos:

- Preparar un formulario sencillo y fácil de entender y de cumplimentar por parte del paciente
- Ajustar el procedimiento a las preferencias y posibilidades reales del cliente
- Implicar al cliente en el diseño de la propia técnica para potenciar la adherencia
- Diseñar el mejor método para cada tipo de situación que menciona el cliente

3. Solicitar cosas sencillas

Explicar el proceso de forma detenida hasta asegurarse de la comprensión por parte del cliente de todos los pasos. No presentar el autorregistro como “deberes para casa”; debe evitarse toda referencia a la relación maestro-alumno; la relación es de colaboración, no de enseñanza. En la medida de lo posible, utilizar los procedimientos más sencillos. En los casos en los que sea imprescindible el uso de esquemas complejos, comenzar la aplicación por un autorregistro sencillo (por ejemplo, de frecuencias) y continuar añadiendo complejidad progresivamente hasta llegar al objetivo

4. Comprobar la comprensión

Asegurarse en la propia consulta, con ejemplos y solicitudes de completar algún registro, de que el cliente ha entendido todos y cada uno de los aspectos de la técnica

5. Prever el incumplimiento del paciente

Considerar los posibles obstáculos para su realización y anticipar el incumplimiento del cliente de las instrucciones. Los autorregistros son herramientas muy útiles pero muy costosas para los clientes, al menos en los momentos iniciales de su aplicación. Analizar las razones de la no colaboración en la tarea. Muchas veces esos supuestos motivos pueden decir más sobre el afrontamiento y los problemas del paciente que el propio autorregistro. Prever la utilización de contratos y otras estrategias de control y motivación

6. Lograr que el paciente realice con éxito el ejercicio de autorregistro

Implicar al paciente en todos los pasos del diseño y de la aplicación del autorregistro. Si el paciente tiene la sensación de que contribuye al tratamiento y ve el valor de cada uno de los pasos, manifestará mayor interés y adhesión al tratamiento. En todos los casos, llevar a cabo un ejercicio en la propia consulta. Por ejemplo, puede iniciarse pidiendo que cumplimente un

(.../...)

Normas para el uso de autorregistro (continuación)

registro con una situación pasada y posteriormente continuar con una situación posible en la imaginación. Terminar con una situación en *rol-play*. Intentar asegurar que los primeros ensayos en el contexto natural sean exitosos y muy fáciles de llevar a cabo posteriormente se podrá ir graduando la dificultad del registro y/o de la situación de registro.

Ejemplo de autorregistro de sucesos estresantes (Muñoz, 2001)

Fecha: __ / __ / ____

<i>Hora</i>	<i>Situación</i>	<i>Grado de estrés (0-10)</i>	<i>¿Qué piensa, siente y hace?</i>	<i>¿Qué hace para controlar la situación?</i>	<i>Consecuencias</i>	<i>Grado de satisfacción (0-10)</i>

*Escala de acontecimientos diarios molestos**
(Kanner et al., 1981)

Instrucciones: los acontecimientos molestos son sucesos irritantes que pueden oscilar entre pequeñas incomodidades y problemas, dificultades o presiones graves. Pueden ocurrir pocas o muchas veces. En las páginas siguientes encontrará un listado con una serie de formas en las que una persona se puede sentir molesta. Conforme lea cada acontecimiento molesto:

1. Rodee con un círculo el número del acontecimiento si lo ha experimentado DURANTE EL ÚLTIMO MES.
2. Después mire los números que encontrará a la derecha de los ítems que haya señalado. Indique, rodeando con un círculo el 1, el 2 o el 3, el grado de GRAVEDAD de cada uno de los acontecimientos molestos que ha sufrido en este último mes. Si el acontecimiento no le ha sucedido en el último mes, no lo señale.

	<i>Algo grave</i>	<i>Moderadamente grave</i>	<i>Extremadamente grave</i>
1. Descolocar o perder cosas	1	2	3
2. Vecinos molestos	1	2	3
3. Obligaciones sociales	1	2	3
4. Fumadores desconsiderados	1	2	3
5. Pensamientos de preocupación acerca de su futuro	1	2	3
6. Pensamientos acerca de la muerte	1	2	3
7. Problemas de salud de un miembro de su familia	1	2	3
8. No tener bastante dinero para comprar ropa	1	2	3
9. No tener bastante dinero para la casa	1	2	3
10. Preocupaciones por deber dinero	1	2	3
11. Preocupaciones por conseguir un crédito	1	2	3
12. Preocupaciones acerca del dinero para emergencias	1	2	3
13. Alguien le debe dinero	1	2	3
14. Responsabilidad económica por alguien que no vive con usted	1	2	3
15. Corte de la electricidad, el agua, etc.	1	2	3
16. Fumar demasiado	1	2	3
17. Consumir alcohol	1	2	3
18. Consumir drogas	1	2	3

(.../...)

* Kanner, A. D.; Coyne, J. C.; Schaefer, C. y Lazarus, R. S. (1981): Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39. Traducción de M. Crespo (Facultad de Psicología, UCM).

Escala de acontecimientos diarios molestos (Kanner et al., 1981) (continuación)

	Algo grave	Moderadamente grave	Extremadamente grave
19. Demasiadas responsabilidades	1	2	3
20. Decisiones acerca de tener hijos	1	2	3
21. Personas que no son de la familia que viven en casa	1	2	3
22. Cuidar de un animal de compañía	1	2	3
23. Planificar comidas	1	2	3
24. Preocupaciones sobre el significado de la vida	1	2	3
25. Problemas para relajarse	1	2	3
26. Problemas para tomar decisiones	1	2	3
27. Problemas de relaciones con compañeros de trabajo	1	2	3
28. Problemas con los clientes	1	2	3
29. Mantenimiento del hogar	1	2	3
30. Preocupaciones acerca de la estabilidad laboral	1	2	3
31. Preocupaciones acerca de la jubilación	1	2	3
32. Traslado por motivos laborales	1	2	3
33. No gustarle sus actuales deberes laborales	1	2	3
34. No gustarle los compañeros de trabajo	1	2	3
35. Insuficiente dinero para las necesidades básicas	1	2	3
36. Insuficiente dinero para comida	1	2	3
37. Demasiadas interrupciones	1	2	3
38. Compañía inesperada	1	2	3
39. Demasiado tiempo libre	1	2	3
40. Tener que esperar	1	2	3
41. Preocupaciones acerca de accidentes	1	2	3
42. Estar solo	1	2	3
43. Insuficiente dinero para el cuidado de la salud	1	2	3
44. Miedo a confrontaciones	1	2	3
45. Seguridad financiera	1	2	3
46. Errores prácticos absurdos	1	2	3
47. Incapacidad para expresarse	1	2	3
48. Enfermedad física	1	2	3
49. Efectos secundarios de medicamentos	1	2	3

(.../...)

Escala de acontecimientos diarios molestos (Kanner et al., 1981) (continuación)

	Algo grave	Moderadamente grave	Extremadamente grave
50. Preocupaciones acerca de tratamientos médicos	1	2	3
51. Apariencia física	1	2	3
52. Miedo al rechazo	1	2	3
53. Dificultades para lograr un embarazo	1	2	3
54. Problemas sexuales causados por problemas físicos	1	2	3
55. Problemas sexuales no causados por problemas físicos	1	2	3
56. Preocupaciones acerca de la salud en general	1	2	3
57. No ver suficiente gente	1	2	3
58. Amigos o familiares demasiado lejos	1	2	3
59. Preparar comidas	1	2	3
60. Perder tiempo	1	2	3
61. Automantenimiento	1	2	3
62. Rellenar impresos	1	2	3
63. Deterioro del vecindario	1	2	3
64. Financiación de la educación de los hijos	1	2	3
65. Problemas con los empleados	1	2	3
66. Problemas en el trabajo por ser un hombre o una mujer	1	2	3
67. Pérdida de habilidades físicas	1	2	3
68. Ser explotado	1	2	3
69. Preocupaciones acerca de las funciones corporales	1	2	3
70. Subida de precios de bienes de consumo	1	2	3
71. Insuficiente descanso	1	2	3
72. Sueño insuficiente	1	2	3
73. Problemas con padres mayores	1	2	3
74. Problemas con los niños	1	2	3
75. Problemas con personas más jóvenes que usted	1	2	3
76. Problemas con su pareja	1	2	3
77. Dificultades visuales o auditivas	1	2	3
78. Sobrecarga de responsabilidades familiares	1	2	3
79. Demasiadas cosas que hacer	1	2	3
80. Trabajo monótono	1	2	3

(.../...)

Escala de acontecimientos diarios molestos (Kanner et al., 1981) (continuación)

	Algo grave	Moderadamente grave	Extremadamente grave
81. Preocupaciones por alcanzar altos niveles	1	2	3
82. Tratos financieros con amigos o conocidos	1	2	3
83. Insatisfacción laboral	1	2	3
84. Preocupaciones sobre decisiones acerca de cambiar de trabajo	1	2	3
85. Dificultades con las habilidades de lectura, escritura o habla	1	2	3
86. Demasiadas reuniones	1	2	3
87. Problemas de divorcio o separación	1	2	3
88. Dificultades con las habilidades aritméticas	1	2	3
89. Cotilleos	1	2	3
90. Problemas legales	1	2	3
91. Preocupaciones acerca del peso	1	2	3
92. Insuficiente tiempo para hacer las cosas que necesita	1	2	3
93. Televisión	1	2	3
94. Insuficiente energía personal	1	2	3
95. Preocupaciones por conflictos internos	1	2	3
96. Confusión acerca de qué hacer	1	2	3
97. Remordimientos por decisiones pasadas	1	2	3
98. Problemas menstruales (con la regla)	1	2	3
99. Tiempo (atmosférico)	1	2	3
100. Pesadillas	1	2	3
101. Preocupaciones por progresar	1	2	3
102. Regañinas de jefes o superiores	1	2	3
103. Dificultades con amigos	1	2	3
104. Insuficiente dinero para la familia	1	2	3
105. Problemas de transporte	1	2	3
106. Insuficiente dinero para el transporte	1	2	3
107. Insuficiente dinero para el entretenimiento y recreo	1	2	3
108. Compras	1	2	3
109. Prejuicios y discriminaciones por parte de otros	1	2	3
110. Propiedades, inversiones o impuestos	1	2	3

(.../...)

Escala de acontecimientos diarios molestos (Kanner et al., 1981) (continuación)

	<i>Algo grave</i>	<i>Moderadamente grave</i>	<i>Extremadamente grave</i>
111. Insuficiente tiempo para el entretenimiento y recreo	1	2	3
112. Mantenimiento del jardín o de los exteriores de la casa	1	2	3
113. Preocupaciones acerca de nuevos eventos	1	2	3
114. Ruido	1	2	3
115. Crimen	1	2	3
116. Tráfico	1	2	3
117. Contaminación	1	2	3
118. ¿Hemos olvidado algún acontecimiento molesto que le haya ocurrido? Si es así, escríbalo a continuación	1	2	3

*Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo**
(Kanner et al., 1981)

Instrucciones: los acontecimientos que elevan el estado de ánimo son acontecimientos que te hacen sentir bien. Pueden ser fuentes de paz, satisfacción o placer. Algunos ocurren a menudo, otros son relativamente raros. En las páginas siguientes encontrará un listado de una serie de formas en las que una persona se puede sentir bien. Conforme lea cada acontecimiento,

1. Rodee con un círculo el número del acontecimiento si le ha hecho sentirse bien EN EL ÚLTIMO MES.
2. Después mire los números que encontrará a la derecha de los ítems que haya señalado. Indique, rodeando con un círculo el 1, el 2 ó el 3, con qué FRECUENCIA ha sucedido en el último mes cada uno de los acontecimientos que ha marcado. Si el acontecimiento no le ha sucedido en el último mes, no lo señale.

	<i>Algo frecuente</i>	<i>Moderadamente frecuente</i>	<i>Extremadamente frecuente</i>
1. Dormir lo suficiente	1	2	3
2. Practicar su hobby	1	2	3
3. Tener suerte	1	2	3
4. Ahorrar dinero	1	2	3
5. Naturaleza	1	2	3
6. Agradarle los compañeros de trabajo	1	2	3
7. No trabajar (por vacaciones...)	1	2	3
8. Cotillear	1	2	3
9. Negocios financieros exitosos	1	2	3
10. Estar descansado	1	2	3
11. Sentirse sano	1	2	3
12. Encontrar algo que creía perdido	1	2	3
13. Recuperarse de una enfermedad	1	2	3
14. Estar o conseguir una buena forma física	1	2	3
15. Estar con niños	1	2	3
16. "Quitarse algo de en medio"	1	2	3
17. Visitar, telefonar o escribir a alguien	1	2	3
18. Relacionarse bien con su pareja	1	2	3

(.../...)

* Kanner, A. D.; Coyne, J. C.; Schaefer, C. y Lazarus, R. S. (1981): Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39. Traducción de M. Crespo (Facultad de Psicología, UCM).

Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo (continuación)

	<i>Algo frecuente</i>	<i>Moderadamente frecuente</i>	<i>Extremadamente frecuente</i>
19. Completar una tarea	1	2	3
20. Hacer un cumplido	1	2	3
21. Asumir responsabilidades familiares	1	2	3
22. Relacionarse bien con los amigos	1	2	3
23. Ser eficiente	1	2	3
24. Asumir sus responsabilidades	1	2	3
25. Dejar o disminuir el consumo de alcohol	1	2	3
26. Dejar o disminuir el consumo de tabaco	1	2	3
27. Resolver un problema práctico en curso	1	2	3
28. Soñar despierto	1	2	3
29. Peso	1	2	3
30. Ayudar económicamente a alguien que no vive con usted	1	2	3
31. Sexo	1	2	3
32. Vecinos agradables	1	2	3
33. Tener suficiente tiempo para hacer lo que quiera	1	2	3
34. Divorcio o separación	1	2	3
35. Comer fuera	1	2	3
36. Tener suficiente energía (personal)	1	2	3
37. Resolver conflictos íntimos	1	2	3
38. Estar con gente mayor	1	2	3
39. No encontrar prejuicios o discriminación cuando lo esperaba	1	2	3
40. Cocinar	1	2	3
41. Aprovechar una oportunidad inesperada	1	2	3
42. Consumir drogas o alcohol	1	2	3
43. Tener una vida llena de significado	1	2	3
44. Estar bien preparado	1	2	3
45. Comer	1	2	3
46. Relajarse	1	2	3
47. Tener una cantidad "idónea" de cosas que hacer	1	2	3
48. Que le visiten, telefonen o reciba una carta	1	2	3

(.../...)

Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo (continuación)

	Algo frecuente	Moderada- mente frecuente	Extrema- mente frecuente
49. El tiempo (atmosférico)	1	2	3
50. Pensar sobre el futuro	1	2	3
51. Pasar tiempo con la familia	1	2	3
52. Su casa le es agradable	1	2	3
53. Estar con gente joven	1	2	3
54. Comprar cosas para la casa	1	2	3
55. Leer	1	2	3
56. Ir de compras	1	2	3
57. Fumar	1	2	3
58. Comprar ropa	1	2	3
59. Hacer un regalo	1	2	3
60. Recibir un regalo	1	2	3
61. Quedarse embarazada o intentarlo	1	2	3
62. Tener suficiente dinero para el cuidado de la salud	1	2	3
63. Viajar	1	2	3
64. Mantener el jardín o el exterior de la casa	1	2	3
65. Tener suficiente dinero para transporte	1	2	3
66. Mejoría de la salud de un miembro de la familia	1	2	3
67. Resolver conflictos acerca de qué hacer	1	2	3
68. Pensar sobre la salud	1	2	3
69. Escuchar bien a los demás	1	2	3
70. Actividades sociales (fiestas, estar con amigos, etc.)	1	2	3
71. Hacer un amigo	1	2	3
72. Compartir algo	1	2	3
73. Tener a alguien que te escuche	1	2	3
74. El exterior de su casa es agradable	1	2	3
75. Esperar con ilusión la jubilación	1	2	3
76. Tener bastante dinero para el entretenimiento y el recreo	1	2	3
77. Espectáculos (películas, conciertos, TV, etc.)	1	2	3
78. Buenas noticias, locales o mundiales	1	2	3

(.../...)

Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo (continuación)

	Algo frecuente	Moderadamente frecuente	Extremadamente frecuente
79. Recibir buenos consejos	1	2	3
80. Actividades recreativas, deportes, juegos, excursiones, etc.	1	2	3
81. Saldar deudas	1	2	3
82. Utilizar bien sus habilidades en el trabajo	1	2	3
83. Decisiones pasadas que salen bien	1	2	3
84. Crecer como persona	1	2	3
85. Recibir un cumplido	1	2	3
86. Tener buenas ideas en el trabajo	1	2	3
87. Mejorar o adquirir nuevas habilidades	1	2	3
88. Satisfacción laboral a pesar de la discriminación sexual	1	2	3
89. Tiempo libre	1	2	3
90. Expresarse bien	1	2	3
91. Reír	1	2	3
92. Vacaciones sin la pareja o los hijos	1	2	3
93. Gusto por sus deberes laborales	1	2	3
94. Tener un buen crédito	1	2	3
95. Música	1	2	3
96. Conseguir dinero inesperado	1	2	3
97. Cambiar de tareas	1	2	3
98. Soñar	1	2	3
99. Divertirse	1	2	3
100. Ir a algún lugar diferente	1	2	3
101. Decidir tener niños	1	2	3
102. Disfrutar de personas que no son de la familia viviendo en su casa	1	2	3
103. Mascotas	1	2	3
104. El coche funciona bien	1	2	3
105. Mejora del vecindario	1	2	3
106. Logros de los niños	1	2	3
107. Las cosas van bien con los empleados	1	2	3
108. Olores agradables	1	2	3

(.../...)

Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo (continuación)

	Algo frecuente	Moderada- mente frecuente	Extrema- mente frecuente
109. Conseguir amor	1	2	3
110. Evitar o manejar con éxito burocracia o instituciones	1	2	3
111. Tomar decisiones	1	2	3
112. Pensar sobre el pasado	1	2	3
113. Dar buenos consejos	1	2	3
114. Rezar	1	2	3
115. Meditar	1	2	3
116. Aire fresco	1	2	3
117. Hacer frente a algo o alguien	1	2	3
118. Ser aceptado	1	2	3
119. Dar amor	1	2	3
120. El jefe está satisfecho con su trabajo	1	2	3
121. Estar solo	1	2	3
122. Sentirse seguro	1	2	3
123. Trabajar bien con los compañeros	1	2	3
124. Saber que su trabajo es seguro (libre de peligro)	1	2	3
125. Sentirse a salvo en su vecindario	1	2	3
126. Realizar trabajos como voluntario	1	2	3
127. Contribuir a la caridad	1	2	3
128. Aprender algo	1	2	3
129. Ser "uno" con el mundo	1	2	3
130. Arreglar o reparar algo (aparte del trabajo)	1	2	3
131. Hacer algo (aparte del trabajo)	1	2	3
132. Hacer ejercicio	1	2	3
133. Afrontar un desafío	1	2	3
134. Abrazar y/o besar	1	2	3
135. Flirtear	1	2	3
¿Hemos olvidado algún acontecimiento que eleve su estado de ánimo? Si es así, escríbalo a continuación			
.....	1	2	3

Entrevista de devolución de información (a partir de Turkat, 1986)

Una vez que se dispone de la formulación clínica, se procede a la entrevista de devolución de información. Se anuncia al paciente de que la próxima entrevista se dedicará a explicarle nuestra opinión respecto a sus problemas y a las opciones de tratamiento que vemos. Se dedica toda la sesión a la devolución de información y debe tenerse preparado todo el material necesario para conseguir una fácil y completa comprensión del funcionamiento de sus problemas por parte del paciente. De acuerdo con Turkat, se puede utilizar el esquema siguiente:

-
- 1) Informar al paciente de que se va a proceder a la devolución de información mediante la presentación del modelo de formulación clínica de su caso y de que nos gustaría recoger sus opiniones, dudas, etc. al respecto antes de continuar la intervención
 - 2) Presentar la lista definitiva de problemas
 - 3) Presentar la formulación clínica que debe aclarar los mecanismos básicos de funcionamiento del problema (ayudarse con esquemas en papel, pizarras, etc.)
 - 4) Ilustrar cómo el modelo funciona en los distintos problemas del paciente (utilizar ejemplos y secuencias de sucesos reales que le hayan ocurrido al paciente)
 - 5) Explicar el desarrollo de cada problema (utilizando los mismos ejemplos que nos proporcionó el paciente durante la evaluación y el esquema de la línea de vida)
 - 6) Durante todo el proceso, enfatizar los aspectos aprendidos y la modificabilidad de los comportamientos
 - 7) Subrayar las opciones de tratamiento; siempre que sea posible se presentarán distintas alternativas de intervención para que el paciente pueda seleccionar las que encajen mejor con su estilo personal y con sus necesidades actuales
 - 8) Discutir en detalle todos los aspectos positivos y negativos de cada una de la opciones de tratamiento presentadas
 - 9) Predecir los posibles obstáculos al éxito de la intervención y anticipar los problemas y las dificultades que pueden entorpecer el tratamiento
 - 10) Comunicar al paciente si el terapeuta puede abordar la intervención o si resultaría más aconsejable dirigirse a otro profesional o Centro que reúna mejores condiciones de atención
 - 11) Pedir al paciente que realice cualquier comentario que se le pueda ocurrir respecto a todo lo tratado durante la entrevista
 - 12) Preguntar al paciente cuál es la mejor opción a seguir desde su punto de vista
 - 13) Aconsejar al paciente que se tome alrededor de una semana para pensar al respecto y hacer consultas con sus personas significativas (familiares, médico, psiquiatra, sacerdotes, consejeros, etc.). Incluso puede animarse al cliente a que se tome el tiempo necesario y sea él quien tome la iniciativa y pida hora para la siguiente sesión (la primera del tratamiento) cuando se considere preparado
 - 14) Finalmente, contestar todas las preguntas que formula el paciente procurando que no queden dudas respecto a lo abordado durante esta sesión

La siguiente sesión será la del inicio del tratamiento propiamente dicho.

Normas para la redacción de informes

Son muchos los modelos de informe que se han presentado hasta el momento. El lector puede consultar el trabajo de Fernández Ballesteros (1996) al respecto. A continuación se incluye el esquema empleado por el autor en los informes clínicos. Se ha preferido este esquema por su lógica coincidencia con los puntos de vista mantenidos a lo largo del texto y por su sencillez y flexibilidad. Cada evaluador puede desarrollar un formato personal para la presentación del informe. En cualquier caso, se recomienda que su longitud no exceda las 1.500 palabras o las dos páginas a un solo espacio y tamaño de letra de 10 puntos.

Datos profesionales del evaluador

(nombre, n.º de colegiado, entidad y dirección)

Datos personales del paciente

(nombre y apellidos, edad, género, estado civil, estudios, profesión, situación laboral, etc.)

Debe considerarse la protección legal necesaria de este tipo de datos en informes escritos

Motivo del informe

(solicitantes y razones de la realización del informe)

Datos de la exploración inicial y del comportamiento durante la evaluación

Genograma

Breve historia clínica

Pruebas administradas

(nombrar todas las pruebas y las puntuaciones obtenidas, incluyendo las entrevistas con el paciente y con los informadores)

Formulación clínica del caso

[incluir un esquema de formulación clínica (origen, curso, mantenimiento y pronóstico) y la evidencia empírica del propio caso en la que se apoyan las principales hipótesis]

Diagnóstico

(DSM-IV-TR o CIE-10; recordar que en España el sistema oficial es el CIE-10; incluir siempre todos los ejes)

Tratamiento (si ha habido)

Especificar las principales fases o líneas de acción

Resultados del tratamiento

(incluir las puntuaciones de escalas y los datos cuantitativos)

Recomendaciones de acción

(incluir el plan de tratamiento futuro y otras recomendaciones)

*Esquema de informe clínico
(a partir de los empleados en la Sanidad pública madrileña)*

Extensión no superior a las dos páginas:

1. Datos personales

- Datos sociodemográficos
- Descripción del paciente
- Estado mental

3. Motivo de la consulta

- Quejas y demandas específicas
- Otros posibles problemas detectados durante la evaluación

4. Historia clínica

- Breve resumen de los datos biográficos relevantes respecto al problema
- Inicio del problema y circunstancias relacionadas
- Agravamientos, mejorías y circunstancias relacionadas
- Estrategias de control y resultados
- Tratamientos anteriores y resultados
- Estado actual del problema

5. Evaluación clínica

- Técnicas e instrumentos empleados
- Resultados

6. Juicio clínico

- Diagnóstico completo según DSM-IV-TR
 - Formulación funcional del caso (hipótesis de adquisición y mantenimiento)
 - Pronóstico (con y sin tratamiento)
 - Indicación de tratamiento (conductas objetivo y posibilidades terapéuticas)
-

Escala de evaluación del funcionamiento global (EEFG) (DSM-IV-TR, APA, 2000)

Hay que considerar el funcionamiento psicológico, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad. No hay que incluir deterioros del funcionamiento debidos a limitaciones físicas (o ambientales).

(Nota: hay que utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68 o 72.)

-
- 91-100** Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades. Nunca parece superado por los problemas de su vida. Es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas
- 81-90** Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas. Interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida y sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ejemplo, una discusión ocasional con miembros de la familia)
- 71-80** Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, descenso temporal del rendimiento escolar)
- 61-70** Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien y tiene algunas relaciones interpersonales significativas
- 51-60** Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos o conflictos con compañeros de trabajo o de escuela)
- 41-50** Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos o incapaz de mantenerse en un empleo)
- 31-40** Alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas, como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; o un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela)
- 21-30** Conducta considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones, alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada o tiene una preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ejemplo, permanece en la cama todo el día; o se encuentra sin trabajo, vivienda o amigos)
- 11-20** Existencia de algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento o excitación maníaca) u ocasionalmente dejadez en el mantenimiento de la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo)
- 1-10** Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte
- 0** Información inadecuada
-

La evaluación del funcionamiento psicosocial general en una escala de 0-100 fue operativizada por Luborsky en la *Health-Sickness Rating Scale* (Luborsky, L.: "Clinicians' Judgments of Mental Health". *Archives of General Psychiatry*, 1962; 7:407-417). Spitzer *et al.* desarrollaron una revisión de la *Health-Sickness Rating Scale* denominada *Global Assessment Scale* (GAS) (Endicott, J.; Spitzer, R. L.; Fleiss, J. L. y Cohen, J.: "The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance". *Archives of General Psychiatry*, 1976; 33:766-771). Se incluyó una versión modificada del GAS en el DSM-III-R con el nombre de *Global Assessment of Functioning* (GAF) *Scale*.

*Escala breve de evaluación de la discapacidad de la OMS (WHO DAS-S)
(OMS, 1997)*

1. Período cubierto por la valoración (señalar la casilla apropiada):

- Actualmente
 - Último mes
 - Último año
 - Otro (especificar):
-

2. Áreas específicas de funcionamiento (señalar el nivel adecuado):

A. Cuidado personal

Se refiere a la higiene personal, el vestido, la comida, etc.

(sin discapacidad)  (gran discapacidad)

- Funcionamiento con asistencia

B. Ocupación

Se refiere a trabajos pagados, estudios, labores del hogar, etc.

(sin discapacidad)  (gran discapacidad)

- Funcionamiento con asistencia

C. Familia y hogar

Se refiere a la interacción con la pareja, los padres, los niños y otros familiares, a la participación en tareas del hogar, etc. Al evaluar, hay que poner especial atención a la ejecución en el contexto en el que vive el individuo

(sin discapacidad)  (gran discapacidad)

- Funcionamiento con asistencia

D. Funcionamiento en el contexto social

Se refiere a la ejecución esperada en la relación con los miembros de la comunidad y a la participación en actividades de ocio y sociales

(sin discapacidad)  (gran discapacidad)

- Funcionamiento con asistencia

(.../...)

*Escala breve de evaluación de la discapacidad de la OMS (WHO DAS-S)
(OMS, 1997) (continuación)*

3. Duración total de la discapacidad (señalar la casilla apropiada):

- Menos de un año
 - Un año o más
 - Desconocida
-

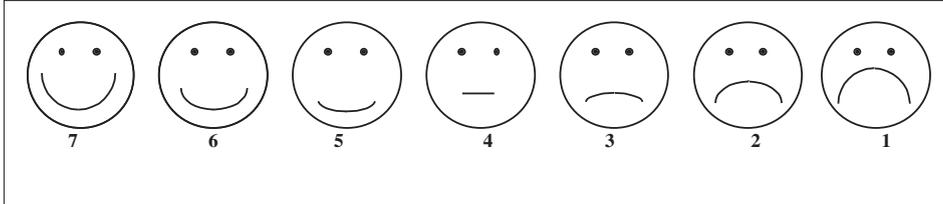
4. Habilidades específicas

Algunos pacientes pueden sufrir un nivel muy elevado de discapacidad en algunas áreas de las mencionadas y, a la vez disponer de habilidades específicas importantes para el cuidado personal y el funcionamiento en la comunidad o en la familia. Por ejemplo: tocar un instrumento musical, tener buena apariencia o fuerza física o ser hábil en situaciones sociales

Indicar si existe alguna habilidad específica y describirla:

-
 -
-

Calidad de vida (QOL)
(Baker e Intagliata, 1982)



1. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a su casa/piso/lugar de residencia?
 2. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a su barrio como lugar para vivir?
 3. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a los alimentos que come?
 4. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a las ropas que viste?
 5. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a su salud?
 6. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a las personas con las que convive?
 7. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a sus amistades?
 8. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a sus relaciones con su familia?
 9. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a sus relaciones con otras personas? (ni amigos ni familia ni personas con las que convive)
 10. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a su trabajo o actividad cotidiana?
 11. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a su forma de disfrutar el tiempo libre?
 12. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a las posibilidades de diversión en su barrio/pueblo/ciudad?
 13. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto al equipamiento (hospitales, tiendas, polideportivos, etc.) de su barrio/pueblo/ciudad?
 14. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a su situación económica?
-

Clave de respuestas

Capítulo 1

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 3

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Capítulo 2

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 4

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 5

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Capítulo 7

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Capítulo 6

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lecturas recomendadas y bibliografía

Lecturas recomendadas

Cormier, W. H. y Cormier, L. S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: DDB.

Es un texto de 723 páginas en su versión española, todas ellas interesantes, si bien desde el punto de vista de la evaluación es especialmente importante la primera mitad del libro. Se detallan con profusión de ejemplos las principales habilidades básicas de la entrevista (y del evaluador, por tanto). La evaluación se trata como un proceso y el texto llega hasta la evaluación de los resultados de la psicoterapia, es decir, abarca todo el proceso completo. Su enfoque práctico y su incidencia en las habilidades hace de este volumen una obra de referencia básica en cuanto a lo que a las habilidades del terapeuta se refiere.

Fernández Ballesteros, R. (1996). *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en Psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.

Se trata de un texto clásico y fundamental en nuestro contexto, posiblemente el libro que ha ejercido mayor influencia en el desarrollo de la EPC en nuestro país. Aunque el título es claramente conductual, el enfoque que se sigue tiene mucho de integrador, especialmente con las corrientes cognitivas y psicométricas. Se ofrece una visión histórica del proceso de evaluación clínica y se revisan las técnicas de evaluación y sus aplicaciones a los principales problemas y trastornos psicológicos.

Muñoz, M.; Roa, A.; Pérez Santos, E.; De Vicente, A. y Santos-Olmo, A. B. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.

Este texto recoge más de 300 instrumentos de evaluación clínica en salud mental, desde cuestionarios a entrevistas y registros de observación; en todos ellos se incluye un comentario, las referencias originales y, en la mayoría de los casos, una referencia donde encontrar la prueba en español. Añade un listado de direcciones de Internet en las que se pueden ver la mayoría de las pruebas de evaluación al uso en la actualidad.

Rush *et al.* (2000). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: APA.

Constituye un trabajo enciclopédico acerca de la medida en salud mental. Aunque el enfoque es claramente psiquiátrico, la mayoría de los capítulos pueden ser muy útiles para el psicólogo clínico y para los demás profesionales de esta área. En sus 820 páginas se revisan los temas más relevantes sobre la metodología de evaluación y una selección muy importante de los principales instrumentos diagnósticos y de medida de los trastornos mentales. Incluye un CD con los originales de algunos de los instrumentos en inglés.

Silva, F. (1989). *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide.

Se trata de un excelente trabajo acerca de la necesidad de enfrentar la evaluación psicológica como un proceso y su justificación metodológica. Constituye un texto clave para comprender la necesaria confluencia entre los enfoques de evaluación psicométricos y conductuales. La reflexión sobre la validez de constructo es pieza clave en el panorama internacional actual sobre el tema.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Versión española, Masson, 1995.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Versión española, Masson, 2001.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1997). *Psychological Testing*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall. Trad. esp. Prentice Hall, México, 1998.
- Anguera, M. T. (1981). La observación 1 y 2. En: R. Fernández Ballesteros y J. A. I. Carroble (eds.): *Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide.
- APA, AERA, NCME (1999). *Standars for Educational and Psychological testing*. Washington: APA
- Barlow, D. H. y Durand, V. M. (1995). *Abnormal Psychology*. Nueva York: Brooks/Cole Publishing Company.
- Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J. E. y Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63 (la versión utilizada fue la adaptada por Vázquez y Sanz en 1999, *Clínica y Salud*, 10(1) 59-81).
- Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Berry, J. W.; Poortinga, Y. H.; Segall, M. H. y Dasen, P. R. (1992). *Cross-cultural psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beutler, L. E. y Malik, M. L. (2002). *Rethinking the DSM. A psychological perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bruch, M. (1998). The UCL case formulation model: clinical applications and procedures. En M. Bruch y F. W. Bond (eds.): *Beyond Diagnosis*. Londres: Wiley.
- Bruch, M. (1998). The UCL case formulation model: clinical applications and procedures. En M. Bruch y F. W. Bond (eds.): *Beyond diagnosis: case formulation approaches in CBT*. Nueva York: Wiley.
- Bruch, M. y Bond, F. W. (1998). *Beyond diagnosis: case formulation approaches in CBT*. Nueva York: Wiley.
- Butcher, J. N.; Dahlstrom, W. G.; Graham, J. R.; Tellegen, A. M. y Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Manual for the administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Campbell, D. T. y Fiske, D. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait – multithreshold matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Carey, M. P.; Flasher, L. V.; Maisto, S. A. y Turkat, I. D. (1984). The a priori approach to psychological assessment. *Professional Psychology*, 15, 515-527.
- Caspar, F. (1995). *Plan analysis: toward optimising psychotherapy*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Castro, L. y Greiff, E. A. (1998). Formulación clínica conductual. En V. Caballo (ed.): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- Cronbach, L. J. (1975). Beyond the two disciplines of scientific Psychology. *American Psychologists*, 12, 671-684.
- Cronbach, L. J.; Gleser, G.; Nanda, H. y Rajaratnam, N. (1972). *The dependability of behavioral measurements: theory of generalizability for scores and profiles*. Nueva York: Wiley.
- Cuffel, B. J.; Fischer, E. P.; Owen, R. R. y Smith, G. R. (1997). An instrument for measurement of outcomes of care for schizophrenia. *Evaluation and the Health Professions*, 20, 96-108.
- D’Zurilla, T. J. (1986). *Problem solving therapy. A social competence approach to clinical intervention*. Nueva York: Springer (traducción esp., DDB, 1993).
- D’Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Di Nardo, P. A.; Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Life time version*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Diclemente, C. C.; Prochaska, J. O. y Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Research and Therapy*, 9, 181-200.
- Eaton, W. y Kessler, L. (eds.) (1985). *Epidemiologic field methods in psychiatry: the NIMH epidemiologic catchment area program*. Nueva York: Academic Press.
- Eells, T. (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation*. Nueva York: Guilford.
- Endicott, J. y Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Fernández Ballesteros, R. (1980). *Psicodiagnóstico: concepto y metodología*. Madrid: Cincel-Kapelusz.
- Fernández Ballesteros, R. (ed.) (1996). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R.; De Bruyn, E. E. J.; Godoy, A.; Ter Laak, J.; Vizcarrón, C.; Westhoff, K.; Westmeyer, H. y Zaccagnini, J. L. (2001). Guidelines for the Assessment process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 187-200.
- First, M. B.; Spitzer, R. L.; Gibbon, M. y Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I)- Clinical version*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Folstein, M. F.; Foldstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state examination: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Froyd, J. y Lambert, M. J. (1989). *A survey of outcome research measures in psychotherapy research*. Comunicación presentada en Western Psychological Association Meeting, Reno, NV.
- Godoy, A. (1996). *Toma de decisiones y juicio clínico*. Madrid: Pirámide.
- Golberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-NELSON (versión esp. de Lobo y Muñoz, Masson, 1996).
- González de Rivera, J. L. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1), 20-25.
- Greenberg, L. S.; Rice, L. N. y Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Nueva York: Guilford.

- Grundy, C. T.; Lunnen, K. M.; Lambert, M. J. Ashton, J. E. *et al.* (1994). The Hamilton Rating Scale for Depression: One scale or many? *Clinical Psychology Science and Practice*, 1(2), 197-205.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hargreaves, W.; Shumway, M.; Hu, T. y Cuffel, B. (1998). *Cost-outcome methods for mental health*. Nueva York: Academic Press.
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. H. (1990). The functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Haynes, N. S. y O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Nueva York: Kluwer.
- Haynes, S. N. (1992). *Models of causality in psychopathology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Haynes, S. N. (1993). Treatment implications of psychological assessment. *Psychological Assessment*, 5, 251-253.
- Haynes, S. N. (1998). The principles and practice of behavioral assessment with adults. En A. P. Goldstein y M. Hersen (eds.): *Comprehensive clinical psychology: Assessment*, vol. 4. Amsterdam: Elsevier Science.
- Herbert, M. (1998). Clinical formulation. En A. S. Bellack y M. Hersen (eds.): *Comprehensive Clinical Psychology*. Nueva York: Elsevier.
- Hersen, M. y Porzelius, L. K. (2001). *Diagnosis, conceptualization and treatment planning for adults. A step by step guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Ass.
- Holmes, H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Horowitz, M. J. y Eells, T. D. (1997). Configurational análisis: States of mind, persons schemas and the control of ideas and affect. En T. Eells (ed.): *Handbook of psychotherapy case formulation*. Nueva York: Guilford.
- Howard, K. I.; Brill, P. L.; Lueger, R. J.; O'Mahoney, M. T. y Grisson, G. R. (1993). *Integra outpatient tracking assessment: Psychometric properties*. King of Prussia, PA: Integra.
- International Tests Commission (2001). *Directrices Internacionales para el uso de los tests*. Madrid: TEA Ediciones.
- Iwata, B. A.; Pace, G. M.; Dorsey, M. F.; Zarcone, J. R.; Vollmer, B. y Smith, J. (1994). The function of selfinjurious behavior: An experimental epidemiological analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 215-240.
- Kanfer, F. H. y Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. En C. M. Franks (ed.): *Behavior Therapy: Appraisal and status*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Kaplan, S.; Bardwell, L. V. y Slakter, D. B. (1993). The museum as a restorative environment. *Environment and Behavior*, 25, 725-742.
- Klerman, G. L. y Weissman, M. M. (eds.) (1993). *New applications of interpersonal therapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Labrador, F. J.; Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dyckinson.
- Lambert, M. J. y Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.
- Lane, D. A. (1998). Context focused analysis: an experimentally derived model for working with complex problems with children, adolescents and systems. En M. Bruch y F. W. Bond (eds.): *Beyond diagnosis: case formulation approaches in CBT*. Nueva York: Wiley.

- Lang, P. T. (1977). Physiological assessment of anxiety and fear. En J. D. Cone y R. P. Hawkins (eds.): *Behavioral assessment*. Nueva York: Brunner-Mazel.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Lipsey, M. W. y Pollard, J. A. (1989). Driving toward theory in program evaluation: more models to choose from. *Evaluation and Program Planning*, 12, 317-328.
- Lobo, A.; Saz, P.; Marcos, G. y el grupo de trabajo ZARADEMP (2002). *Examen cognoscitivo MINI MENTAL*. Madrid: TEA Ediciones.
- López, A. (1994). *Evaluación de la calidad de vida y la satisfacción en los CRPS de la Comunidad de Madrid*. Universidad de Málaga: Tesis doctoral.
- López, A. y Muñoz, M. (1995). Valoración de programas y rehabilitación psicosocial. En A. Rodríguez (ed.): *Rehabilitación Psicosocial*. Madrid: Pirámide.
- Loranger, A. W. (1988). *Personality disorder examination (PDE) Manual*. Nueva York: DV Communications.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. En N. Freedman y S. Grand (eds.): *Communicative structures and psychic structures*. Nueva York: Plenum Press.
- McNight, D. L.; Nelson, R. O.; Haynes, S. C. y Jarret, R. B. (1984). The importance of treating individually assessed response classes in the amelioration of depression. *Behavior Therapy*, 15, 315-335.
- Messer, S. B. y Wolitzky, D. L. (1997). The traditional psychoanalytic approach to case formulation. En T. Eells (ed.): *Handbook of psychotherapy case formulation*. Nueva York: Guilford.
- Meyer, G. J.; Finn, S. E.; Eyde, L. D.; Kay, G. G.; Moreland, K. L.; Dies, R. R.; Eximan, E. J.; Kubiszyn, T. W. y Reed, G. M. (2001). Psychological Testing and Psychological Assessment: A review of Evidence and Issues. *American Psychologist*, 56 (2), 128-165.
- Meyer, V. (1957). The treatment of two phobic patients on the basis of learning principles. *Journal of Abnormal Psychology*, 55, 261.
- Millon, T. (1996). *Disorders of Personality: DSM-IV and beyond*. Nueva York: Wiley.
- Millon, T.; Davis, R. y Millon, C. (1997). *MCMI-III Manual*. Minneapolis: National Computer System.
- Moos, R. H.; Moos, B. S. y Insel, P. M. (1984). *Clima social: Familia (FES)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Muñoz, M. (1995). Forma de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En F. J. Labrador; J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.): *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Síntesis.
- Muñoz, M. y Bermejo, M. (2001). *Entrenamientos en inoculación de estrés*. Madrid: Síntesis.
- Muñoz, M.; Vázquez, C.; Muñoz, E.; López-Luengo, B.; Hernangómez, L. y Díaz, M. (1999). Evaluación de resultados en la esquizofrenia: El ejemplo de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Intervención psicosocial*, 8, 63-87.
- Muñoz, M.; Vázquez, C. y Vázquez, J. J. (1999). *Atrapados en la calle*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (1998). *A guide to Treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Nathan, P. E.; Gorman, J. M. y Salkind, N. J. (1999). *Treating mental disorders: a guide to what works*. Oxford University Press. (trad. esp., Alianza, 2002).
- Newman, F. L.; Ciarlo, J. A. y Carpenter, D. (1999). Guideliens for selecting psychological instruments for tratment planning and outcome assessment. En M. E. Maruish (ed.): *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Nezu, A.; Nezu, C.; Friedman, S. H. y Haynes, S. N. (1997). Case formulation in behavior therapy: Problem solving and functional analytic strategies. En T. D. Eells (ed.): *Handbook of psychotherapy case formulation*. Nueva York: Guilford.
- Nezu, A. M. y Nezu, C. M. (1989). *Clinical decision making in behavior therapy: A problem solving perspective*. Champaign, IL: Research Press.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIDI-1*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1995). IPDE (International Personality Disorder Examination)-DSM-IV Module. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *CIDI-2*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1997). *CIDI Checklist*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Othmer, E. y Othmer, S. C. (1995). *The clinical interview using DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Press (trad. esp., Masson, 1996).
- Overall, J. E. y Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Rep.* 10, 799-812.
- Perry, J. C. (1994). Assessing psychodynamic patterns using the Idiographic Conflict Formulation method. *Psychotherapy Research*, 4, 239-252.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. Nueva York: Norton.
- Persons, J. B. (1993). Case conceptualisation in cognitive-behavior therapy. En K. T. Kuehlwein y H. Rosen (eds.): *Cognitive therapy in action: evolving innovative practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Robins, L. N.; Cottler, L.; Bucholz, K. y Compton (1995). *The Diagnostic Interview Schedule*, version IV. Saint Louis, MO: Washington University Medical School.
- Rogers, C. R. (1951). *Client centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rush, A. J.; Pincus, H. A.; First, M. B.; Blacker, D.; Endicott, J.; Keith, S. J.; Phillips, K. A.; Ryan, N. D.; Smith, G. R.; Tsuang, M. T. y Widiger, T. A. (2000). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: APA.
- Sarason, B. R.; Sarason, I. G. y Pierce, G. R. (1990). *Social Support: and interactional view*. Nueva York: Wiley.
- Schlundt, D. G.; Johnson, W. G. y Jarrell, M. P. (1986). A sequential analysis of environmental, behavioural and affective variables predictive of vomiting in bulimia nervosa. *Behavioral Assessment*, 8, 253-269.
- Schulte, D.; Kuenzel, R.; Pepping, G. y Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 14, 67-92.
- Schulte, D. (1987). Diagnostische Kriterien und operationalisierte Diagnosen. Grundlagen der Klassifikation psychischer Störungen. *Diagnostica*, 34(1), 3-27.
- Schulte, D. (1997). Dimensions of outcome measurement. En H. H. Strupp; L. M. Horowitz y M. J. Lambert (ed.): *Measuring patient changes in mood, anxiety and personality disorders: Towards a core battery*. Washington: APA.
- Seitz, P. F. (1966). The consensus problem in psychoanalytic research. En L. Gottschalk y L. Auerbach (eds.): *Methods of research and psychotherapy*. Nueva York: Appleton-Century Crofts.
- Seligman, M. E. P. (1996). Science as an ally of practice. *American Psychologist*, 51(10), 1072-1079.
- Sheenan, D. V.; Janavs, R.; Baker, R.; Harnett-Sheehan, K; Knapp, E. y Sheenan, M. (1999). *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Tampa: University of South Florida Press.

- Sheenan, D. V.; Lecrubier, Y.; Sheenan, K. H.; Amirim, P.; Janavs, J.; Weiller, E.; Hergueta, T.; Baker, R. y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Silva, F. (1989). *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. Nueva York: Macmillan.
- Speer, D. C. (1998). *Mental health outcome evaluation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Spitzer, R. L.; Endicott, J. y Robins, E. (1978). Research Diagnostic criteria. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.
- Spitzer, R. L.; Kroenke, K. y Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1737-1744.
- Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W.; Gibbon, M. y First, M. B. (1992). The structures clinical interview for DSM-III-R (SCID), I: History, rationale and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 625-629.
- Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W.; Kroenke, K.; Linzer, M.; DeGruy, F. V.; Hahn, S. R.; Brody, D. y Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1.000 study. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1749-1756.
- Sturme, P. (1996). *Functional análisis in clinical psychology*. Nueva York: Wiley.
- Tanaka-Matsumi, J.; Seiden, D. Y. y Lam, K. N. (1996). The culturally informed functional assessment (CIFA). *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 215-233.
- Taylor, S. (1989). *Positive illusions*. Nueva York: Random House (trad. en Martínez Roca).
- Turkat, I. D. (1985). *Behavioral Case Formulation*. Nueva York: Plenum.
- Vázquez, C. y Muñoz, M. (2002). *La entrevista diagnóstica para adultos*. Madrid: Síntesis.
- Ware, J. E. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item short form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-481.
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: process and technique*. Nueva York: Guilford.
- Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments. *Behavior Research and Therapy*, 34, 295-315.
- Wing, J. K.; Cooper, J. E. y Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Londres: Cambridge University Press.
- Wing, J. K.; Babor, T.; Brugha, T.; Burke, J.; Cooper, J. E.; Giel, R.; Jablenski, A.; Regier, D. y Sartorius, N. (1990). SCAN, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47, 589-593.
- Wolpe, J. y Turkat, I. D. (1985). Behavioral Case Formulation of Clinical Cases. En I. D. Turkat (ed.): *Behavioral Case Formulation*. Nueva York: Plenum.

