



Mi Universidad

LIBRO

Evaluación Psicológica Clínica

Licenciatura en Psicología

Sexto Cuatrimestre

Mayo – Agosto

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes

que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visión

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Evaluación Psicológica Clínica

Objetivo de la materia:

Que el alumno/a conozca el proceso de evaluación de un problema clínico, conozca el proceso de elaboración de hipótesis funcionales y conozca los instrumentos más habituales para la evaluación de problemas clínicos. Que el alumno/a maneje el proceso de toma de decisiones sobre las variables que mantienen los problemas clínicos, tome decisiones sobre los instrumentos de evaluación más adecuados, y sea capaz de elaborar la información y datos obtenidos en la evaluación.

Criterios de evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
1	Trabajos Escritos	10%
2	Actividades Áulicas	20%
3	Trabajos en plataforma Educativa	20%
4	Examen	50%
Total de Criterios de evaluación		100%

INDICE

Unidad 1

Concepto de evaluación clínica

1.1 Características de la evaluación conductual

1.2 El proceso de evaluación clínica

Unidad 2

Metodología

2.1 El análisis funcional de la conducta en casos clínicos

2.2 El análisis de caso: experimentación y aplicaciones clínicas

Unidad 3

Aplicaciones

- 3.1 Evaluación de ansiedad y fobias
- 3.2 Evaluación de comportamientos depresivos
- 3.3 Evaluación de habilidades sociales y de pareja.
- 3.4 Evaluación del comportamiento alimentario
- 3.5 Evaluación de problemas infantiles y adolescentes
- 3.6 Evaluación del consumo de drogas

Unidad 4

Clases prácticas

- 4.1 Criterios de presentación de informes y gráficas
- 4.2 Técnicas de entrevista clínica
- 4.3 Técnicas de observación con ensayos.
- 4.4 Técnicas de autorregistro
- 4.5 Recursos de Psicología en Internet
- 4.6 Técnicas de autoinforme: problemas de ansiedad
- 4.7 Técnicas de autoinforme: problemas de depresión
- 4.8 Observación de conductas en ambiente natural para un análisis funcional
- 4.9 Análisis de casos

Unidad I

CONCEPTOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA

I.1.- Características de la evaluación conductual.

Desde la perspectiva tradicional, la personalidad es un sistema de constructos que media la conducta. Ya sea que el constructo sea el yo las expectativas un rasgo, la paranoia o el potencial de crecimiento esta perspectiva se ocupa de las características personales relativamente estables que contribuyen a la conducta. Por tanto, de ello se sigue que si se ha de comprender o pronosticar la conducta, se de evaluar tales variables subyacentes. Por supuesto, esto es una simplificación exagerada que oculta una gran cantidad de desacuerdos, dado que es probable que los constructos subyacentes que son importantes para un clínico psicoanalítico sean bastante diferentes de aquellos que son importantes para un teórico del aprendizaje social.

Se debe considerar tres formas amplias en las que difieren de la evaluación tradicional.

- *Muestra contra signo.*

En la evaluación tradicional, una descripción de la situación es menos importante que la identificación de las características más duraderas de la personalidad, en la evaluación conductual, la cuestión primordial es qué tan adecuado es el instrumento de la evaluación para tomar muestras de conductas y situaciones en las cuales el clínico esté interesado. Se vuelve irrelevante qué tan bien disfrazada esté la prueba o qué tan profundamente llega a los aspectos más ocultos de la personalidad.

- *Análisis funcional.*

Otra característica central de la evaluación conductual se puede rastrear hasta e concepto de análisis funcional de Skinner (1953). Éste significa la realización de análisis exactos sobre los estímulos que preceden la conducta y sobre las consecuencias que le siguen.

- *Evaluación conductual como proceso continuo.*

Como señalaron Peterson y Sobell (1994), la evaluación conductual en un contexto clínico no es una valoración de un solo golpe que se ejecute antes de que se inicie el tratamiento Más bien es un proceso continuo que ocurre antes, durante y después del tratamiento. La evaluación conductual es importante porque informa sobre la selección inicial de estrategias de tratamiento, proporciona un medio de retroalimentación concerniente a la eficacia de la estrategias de tratamiento a medida que se ponen en marcha durante el proceso, permite una

valoración de la efectividad general del mismo una vez que se ha terminado y destaca factores situacionales que pueden conducir a la recurrencia de la conducta problemática.

1.2.- El proceso de evaluación clínica.

La evaluación psicológica implica un proceso, es decir, conlleva una serie de pasos que han de producirse en un cierto orden. El proceso de evaluación ha sido estudiado a través de múltiples investigaciones y desde múltiples modelos teórico.

Tal vez lo más importante sea señalar que las dos principales características del proceso de evaluación son:

1. Que implica un proceso de toma de decisiones para llegar a la solución de un problema evaluativo.
2. Que requiere la formulación y contrastación de hipótesis.

El proceso de evaluación comienza cuando un cliente realiza una demanda a un profesional de la psicología referida a un sujeto concreto o grupo de sujetos (teniendo en cuenta que el cliente puede ser el propio sujeto de evaluación). A partir de ese momento se inicia un proceso para resolver la cuestión planteada que lleva consigo, necesariamente, tomar decisiones a través de una serie de fases o momentos que, en términos generales, son los mismos que los utilizados en la investigación de cualquier parcela del conocimiento científico y, por tanto, se pueden considerar un proceso de formular y contrastar hipótesis.

Partimos de la existencia de distintos objetivos científicos de toda evaluación, a saber: descripción, clasificación, predicción, explicación y control de la conducta del sujeto. Pero estos objetivos son requeridos por una demanda concreta, es decir, responden a preguntas significativas sobre el sujeto tales como: ¿hasta qué punto fracasa en la escuela?, ¿fue responsable de un acto criminal?, ¿es un psicótico o un neurótico?, ¿podrá ser ingeniero?, ¿rendirá como jefe de ventas?, ¿cómo vamos a resolver su miedo a montar en avión?, etc. Si agrupamos todas estas preguntas y otras muchas más del mismo estilo, podremos constatar que la evaluación se realiza en función de cuatro agrupaciones o categorías de cuestiones, a saber: diagnóstico, orientación, selección y tratamiento o cambio. En definitiva, el problema que ha de resolverse a través del proceso evaluativo tiene distintos objetivos tanto básicos como aplicados.

La evaluación psicológica presentaba, en un primer momento, una exclusiva meta, la del diagnóstico. La asignación de un sujeto a una categoría del sistema de clasificación psiquiátrico («depresión mayor», «fobia simple», «demencia», etc.) ha sido —y aún para algunos sigue siéndolo— una única meta a alcanzar por el psicodiagnóstico. Por supuesto, el psicólogo puede realizar esta tarea en tanto en cuanto haya recibido el entrenamiento pertinente tanto en el sistema de clasificación que vaya a ser usado como en la base de conocimiento psicopatológico que permite diferenciar distintas entidades nosológicas. El diagnóstico no se deriva, en la mayor parte de los casos, un tratamiento, pero, con frecuencia, el diagnóstico conlleva un pronóstico, es decir, una predicción sobre el curso probable del caso, y, además, el diagnóstico tiene la indudable utilidad de facilitar la comunicación entre especialistas (Nelson, 1988; Heiby y Haynes, 2004).

Por otra parte, la orientación o el consejo psicológico es aquella meta de la evaluación por la cual el estudio psicológico de un sujeto (un individuo, una pareja, un grupo) se realiza con el fin de dispensar ayuda en orden a tomar decisiones o a establecer planes de acción referidos a un futuro. La base de conocimiento estriba en las covariaciones existentes entre determinadas características psicológicas y determinados estudios o carreras. Por ejemplo, un adolescente consulta sobre qué estudios emprender al terminar el bachillerato; el psicólogo deberá tener en cuenta sus aptitudes, actitudes, preferencias vocacionales y características de personalidad y también conocer cuáles son los perfiles más idóneos en cuanto a las aptitudes, actitudes, preferencias y tipos de personalidad que se requieren para cursar un conjunto de estudios que son potencialmente elegibles por el sujeto. En otras palabras, se trata de ensamblar las características del individuo con las características de óptimo rendimiento en unos determinados estudios.

La evaluación puede tener por objetivo la selección cuando los informes recogidos sobre el sujeto o grupo de sujetos están dirigidos a escoger a la/s persona/s más apta/s en el desempeño de una determinada actividad previamente especificada. Así, por ejemplo, cuando se trata de seleccionar conductores de vehículos pesados o maestros de taller. Así también cuando, en el laboratorio, se pretende seleccionar muestras de sujetos contrastadas según una determinada característica a partir de una población con el propósito de proceder a una investigación experimental. Conviene dejar sentado desde ahora que la evaluación cuyo objetivo es la

selección para puestos de trabajo mantiene peculiaridades que la distinguen de las restantes formas de evaluación y se basa en principios de covariación entre variables.

En otras palabras, cuando se trata de seleccionar a un sujeto para un determinado tipo de trabajo, la empresa que pide la selección describe cuáles son las características del trabajo y cuáles serían las correspondientes habilidades, actitudes y características que habría de tener el mejor candidato. Ambos tipos de condiciones (las del puesto y las del aspirante) habrán de ajustarse, por lo que los candidatos tendrán que ser evaluados según las condiciones requeridas e, incluso, poner a prueba sus habilidades en situaciones propias de la tarea a desempeñar. Por ejemplo, se trata de averiguar qué persona/s —de entre un conjunto de aspirantes— va/n a ser el/los mejor/es jefe/s de ventas en función de su rendimiento en una serie de tests o pruebas situacionales (o *assessment center*).

Por último, la evaluación puede realizarse con vistas al tratamiento y cambio del comportamiento objeto de estudio. En otras palabras, se requiere la evaluación de un sujeto (individuo, pareja, grupo, organización) porque se desea intervenir para producir cambios positivos en su conducta.

La diferencia entre las metas de orientación y las de tratamiento es, en muchos casos, difícil de establecer, ya que, en ocasiones, la orientación finaliza, precisamente, con la aplicación de un determinado tratamiento o intervención psicológica. La base de conocimiento en el tratamiento conlleva tanto los principios que rigen en el comportamiento normal y anormal como cuáles son las técnicas psicoterapéuticas que pueden ponerse a disposición para lograr un cambio de conducta y valorar sus resultados. Ejemplos de este tipo de meta son los siguientes: un escolar es evaluado con el fin de conocer qué tipo de intervención debe hacerse para incrementar su rendimiento escolar. Una pareja consulta con el fin de mejorar sus relaciones sexuales. En el laboratorio se pretende conocer cuál de dos tratamientos hace disminuir mejor la conducta evitativa a viajar en avión.

Aunque la evaluación en todos los casos se lleve a cabo a partir de un modelo teórico (el formulado en el capítulo anterior) y una base de conocimiento específica (la del problema que se presenta), no cabe duda de que existirán matices diferenciales según se trate de diagnosticar, orientar, seleccionar o tratar para producir un cambio.

En efecto, mientras que los objetivos científicos de esas tres primeras metas podrían reducirse a unas operaciones básicas como son las de clasificar, describir y predecir la conducta, el tratamiento y cambio requieren una explicación del comportamiento objeto de estudio. De ello se deduce que objetivos de evaluación diferentes requieran procedimientos de actuación diferentes. Así, mientras que el diagnóstico, la orientación y la selección exigen la predicción del comportamiento y se pueden realizar mediante planteamientos metodológicos observacionales y correlacionales, no sucede así a la hora de proceder al cambio de conducta, que, a su vez, requiere la planificación, administración y valoración de intervenciones; en este caso se exigen métodos experimentales o cuasiexperimentales. Volviendo al número de etapas propuestas por los autores a la hora de plantear el proceso de evaluación, ello dependerá de si los objetivos son de diagnóstico, orientación o predicción o si se requiere una intervención para llegar al deseado cambio comportamental y su valoración. Para dar respuesta a esta pluralidad de objetivos, desde hace más de treinta años (Fernández-Ballesteros, 1980, 1983, 1992, 2004) se han venido proponiendo dos procesos secuenciados: uno de ellos, cuyas operaciones básicas son las de descripción y predicción y que denominamos «descriptivo-predictivo» (y que en ediciones anteriores denominamos «correlacional» debido a su base metódica esencial), y aquel que exige de la intervención y su valoración, que hemos denominado «interventivo-valorativo» (y que en otras ediciones hemos denominado «experimental» también atendiendo al método básico). En todo caso, aunque los objetivos medien en la utilización de un determinado tipo de proceso, descriptivo-predictivo o interventivo-valorativo, los pasos del método científico se aplican en uno u otro caso dado que el proceso interventivo-valorativo comprende el descriptivopredictivo.

En resumen, en el amplio proceso de evaluación se siguen cuatro fases en el proceso descriptivo-predictivo a las que se incorporan tres fases más cuando se trata de intervenir. En resumidas cuentas, las fases del proceso varían de cuatro a siete según los objetivos de evaluación y la demanda.

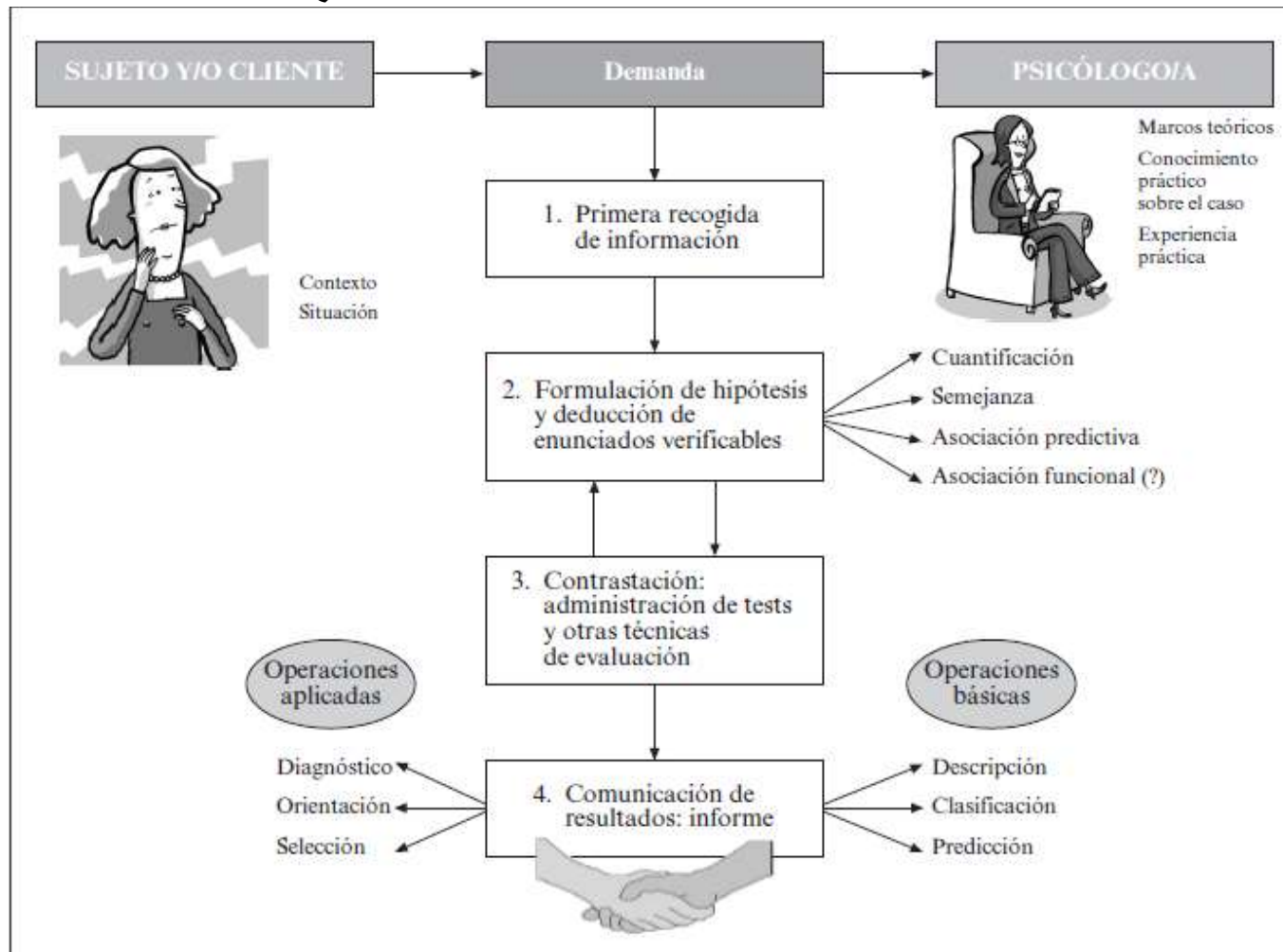
En conclusión, en esta obra el proceso de evaluación es contemplado como una tarea de toma de decisiones para resolver un determinado problema o demanda. Cuando el objetivo es de diagnóstico, orientación o selección, la contrastación de hipótesis se realiza mediante la

administración de técnicas u otros instrumentos de evaluación a través de cuatro etapas esenciales; es a este proceso al que hemos llamado descriptivo-predictivo.

Por otra parte, cuando los objetivos son de intervención y cambio, se requerirá un más largo proceso al que, tras un primer momento de análisis del caso (proceso descriptivo-predictivo, también llamado en literatura interventiva «preevaluación » o «formulación del caso»), seguirá una nueva formulación de hipótesis que será contrastada experimentalmente mediante la aplicación, valoración y seguimiento de un determinado tratamiento y, por tanto, se añadirán tres fases más; por consiguiente, en este caso, el proceso predictivo se integra y precede al interventivo, y éste comprende el predictivo.

A continuación vamos a presentar ambas variantes del proceso de evaluación: el **descriptivopredictivo** y el **interventivo-valorativo**. Las fases de ambos procesos son esencialmente las mismas que las propuestas por Fernández-Ballesteros, De Bruyn, Godoy, Hornke, Vizcarro, Westmeyer, Westhoff y Zacagninni (2001, 2003); Fernández- Ballesteros, Márquez, Vizcarro y Zamarrón (2011).

EL PROCESO: SU ENFOQUE DESCRIPTIVO-PREDICTIVO



La mayor parte de los autores establecen que las etapas básicas del proceso de evaluación son cuatro: 1) primera recogida de información, 2) formulación de hipótesis y deducción de enunciados contrastables, 3) contrastación y 4) comunicación de resultados: el informe (oral y/o escrito). Estos cuatro pasos engloban todas las tareas que el evaluador realiza cuando la demanda es de diagnóstico, orientación o selección, que habrán de ser extendidas a tres fases más en la segunda variante interventiva-valorativa. En la figura 2.1a. podemos ver un diagrama

del enfoque descriptivo- predictivo. Veamos con cierto detenimiento las cuatro fases de las que se compone este proceso en evaluación psicológica, que ejemplificaremos fase a fase mediante un caso.

Fase I. Primera recogida de información.

En principio, cuando se plantea una evaluación psicológica, el evaluador se sitúa como un observador participante y un «recolector» de información sobre el caso. Durante esta fase resulta necesario recabar datos suficientes sobre los siguientes aspectos: A) especificar la demanda y fijar objetivos sobre el caso y B) establecer las condiciones históricas y actuales pertinentes al caso (biológicas, sociales y ambientales).

A. Especificar la demanda y fijar objetivos sobre el caso.

El primer objetivo que persigue un psicólogo al iniciar una evaluación psicológica es el de la clarificación de la demanda. La demanda puede ser planteada bien por el propio sujeto, bien por una tercera persona que se convierte en el cliente de la evaluación (un juez, un médico, unos padres). En ambos casos, existe una petición más o menos precisa del sujeto/cliente que el evaluador debe clarificar formulando —con ayuda del sujeto/cliente— unos objetivos concretos. Esto resulta, a veces, difícil, ya que es frecuente que el sujeto no tenga muy clara su demanda, y el psicólogo deberá ayudar en la transformación de planteamientos vagos en términos concretos. Una breve guía de esta indagación deberá contener las siguientes preguntas:

- Motivo de la consulta.
- Por qué se solicita la evaluación.
- Qué se desea conseguir de ella.
- Cuál es la demanda concreta en términos de diagnóstico, orientación, selección o tratamiento y cambio. — Y, en su caso, cuáles son los comportamientos que, inicialmente, van a constituir el objeto de análisis en ese caso concreto.

B. Especificar las condiciones históricas y actuales potencialmente relevantes al caso

En segundo lugar, puede resultar necesario indagar en aquellos aspectos ambientales y personales que forman parte de la historia del sujeto, cuyo interés va a depender tanto de la demanda como de su edad y otras condiciones del caso. Por supuesto, esta segunda fase está guiada nuevamente por la demanda formulada, la base de conocimiento que exige la demanda, las habilidades evaluativas del psicólogo y, desde luego, por su marco teórico. Todas estas cuestiones históricas pueden ser importantes a la hora de formular hipótesis sobre el caso.

Fase 2. Formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables

Esta fase —coincidente con la actividad de plantear supuestos verificables sobre el caso— se realiza en función de las observaciones e informaciones recibidas. Estos planteamientos están próximos a lo que se ha llamado «formulación de casos», que en los últimos años ha recibido

gran atención (véase Haynes y O'Brien, 2000, número especial del *European Journal of Psychological Assessment*, 3, 2011, 2003).

Supone dos momentos básicos: 1) formulación de hipótesis: con base en las observaciones realizadas y su ajuste a los conocimientos generales y específicos, consiste en establecer hipótesis, formulando lo que podríamos llamar una «teoría sobre el caso», y 2) deducción de enunciados verificables: se refiere a decidir con qué instrumentos va a operacionalizarse cada una de las variables presentes en cada una de las hipótesis formuladas.

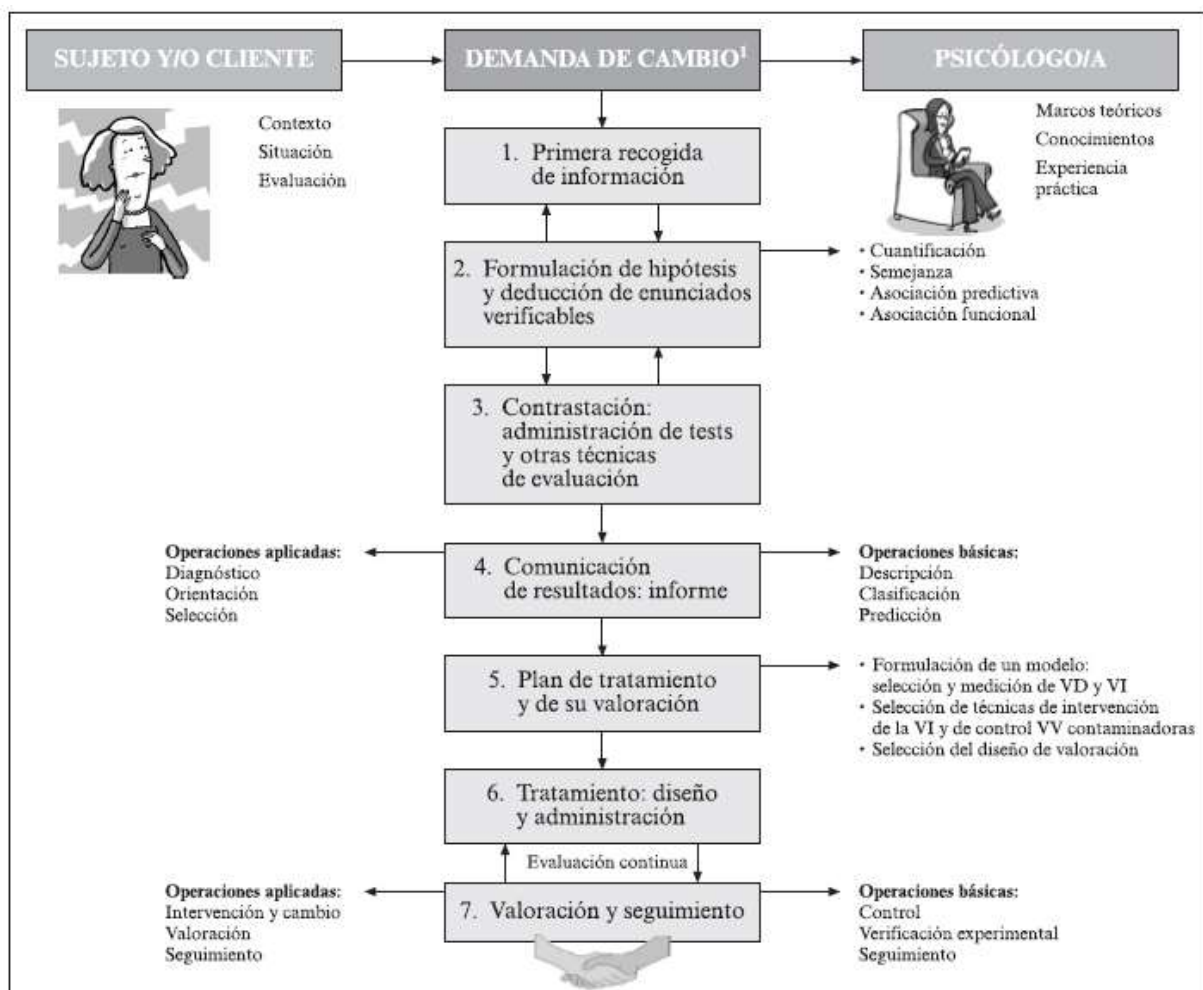
Fase 3. Contrastación: administración de tests y otras técnicas de evaluación.

Tres son las subfases que se integran en la fase de contrastación del proceso descriptivo-predictivo de evaluación: 1) preparación y planificación de los instrumentos a utilizar; 2) administración de los tests y técnicas seleccionados a través de los procedimientos establecidos, y 3) el análisis de los resultados en orden a la comprobación de las hipótesis.

Fase 4. Comunicación de resultados: el informe.

Todo proceso de evaluación concluye con la integración de los resultados obtenidos y su comunicación al cliente/sujeto. Ello es una condición científica, así como un requisito ético que el psicólogo debe cumplir. Esta fase tiene a su vez dos subfases: 1) integración de los resultados obtenidos y 2) comunicación al cliente/sujeto, que será oral y/o escrita.

EL PROCESO: SU ENFOQUE INTERVENTIVO-VALORATIVO



¹ Las fases 1, 2, 3 y 4 están enfatizadas al estar repetidas aquí, ya que forman parte del proceso descriptivo-predictivo y aparecen en la figura 2.1a.

Ya se ha dicho que cuando la demanda (y/o los objetivos del cliente y/o sujeto en evaluación) es de cambio o modificación del comportamiento —lo cual requiere, explícita o implícitamente, una explicación de la conducta a cambiar o modificar—, el evaluador ha de adoptar una variante del proceso en la que, a la hora de comprobar esas hipótesis funcionales, se exige una

intervención y su valoración. Teniendo en cuenta todo ello, el proceso interventivo-valorativo es, en su primera parte, idéntico al proceso que hemos visto en el capítulo anterior descriptivo-predictivo, ya que cualquier proceso interventivo requiere una previa formulación empírica del caso (también llamada «preevaluación o formulación del caso») realizada con métodos esencialmente observacionales y correlacionales. Es a partir de esos resultados cuando el evaluador se plantea hipótesis explicativas o funcionales que verificará, esta vez, a través de la manipulación experimental, mediante un determinado tratamiento, de una serie de variables hipotéticamente explicativas o funcionalmente asociadas al problema (o variables independientes) que se pretende modificar. Una vez administrado el tratamiento, habrán de comprobarse sus efectos sobre las conductas-problema (o variables dependientes). Así, en la figura 2.1b puede apreciarse cómo las cuatro primeras fases del proceso experimental son coincidentes con las del proceso descriptivo-predictivo.

Es en la quinta fase cuando comienza —propia— el proceso interventivo-valorativo con el plan de tratamiento y su diseño y administración y, finalmente, su valoración, y todo ello a través de planteamientos metodológicos experimentales (o cuasiexperimentales).

A continuación vamos a repasar las fases iniciales que hemos examinado pormenorizadamente en el capítulo anterior para después examinar con detalle las referidas al plan de intervención y a la valoración.

Como podemos ver en la figura 2.1b, el proceso interventivo-valorativo integra y sigue al descriptivo-predictivo y, por tanto, conlleva sus cuatro etapas, a las que se añaden tres más, es decir, un total de siete etapas: 1) primera recogida de información con la especificación de la demanda y del problema; 2) primera formulación de hipótesis; 3) contrastación; 4) comunicación de resultados; 5) plan de tratamiento y de la valoración; 6) diseño y aplicación del tratamiento (momento no propiamente evaluativo) y, cuando procede, evaluación continua durante éste, y 7) valoración y seguimiento (su representación gráfica está plasmada en la figura 2.1b), y todo ello es coincidente en su mayor parte con lo establecido por Fernández-Ballesteros, De Bruyn, Godoy, Hornke, Vizcarro, Westmeyer, Westhoff y Zacagninni, 2001, 2003 (véanse, también, Fernández-Ballesteros y Carroles, 1981; Fernández-Ballesteros, 1994; Westmeyer, 2001; Fernández-Ballesteros, Márquez, Vizcarro y Zamarrón, 2011).

Dado que las cuatro primeras fases del proceso en su versión interventiva-valorativa ya han sido examinadas por corresponder al proceso descriptivo- predictivo, a continuación se presentarán las tres fases restantes.

Fase 5. Plan de tratamiento y su valoración.

Una vez concluidas las cuatro fases del proceso descriptivo-predictivo (también llamado en intervención psicológica *preevaluación* o *formulación del caso*), el/la psicólogo/a, conoce ya no sólo cuál es el problema sino cuáles son las condiciones que, hipotéticamente, lo causan o mantienen. Por tanto, una vez elaborados y analizados los resultados, habremos llegado a establecer un conjunto de *hipótesis funcionales* que constituyen la teoría sobre el caso. En otras palabras, qué constituye el problema, es decir, cuáles van a ser las variables dependientes que pretendemos modificar y cuáles son las variables causales y/o las que están asociadas funcionalmente al problema ya que se supone que lo mantienen y/o controlan. Todo ello ha debido ya ser comunicado al sujeto y/o cliente y con él/ellos se habrán tomado decisiones de cómo se va a proceder para producir el cambio demandado. Además, tanto el tratamiento como las hipótesis han de ser verificados experimentalmente, y, por tanto, se exige no sólo la planificación del tratamiento sino también cómo se va a proceder a su valoración.

Fase 6. Tratamiento: diseño y administración y, en su caso, evaluación continua.

Hay que resaltar que por tratamiento entendemos cualquier forma de intervención psicológica cuyo objetivo sea un cambio del comportamiento (cognitivo, motor o psicofisiológico) o de otras condiciones psicológicas del sujeto. Evidentemente, ya lo hemos dicho, evaluar e intervenir son las dos tareas aplicadas esenciales de un psicólogo clínico. Ambas están —como se ha podido leer a lo largo de estas líneas— íntimamente relacionadas, pero, también, podrían ser realizadas por distintos profesionales de la psicología. Como en la anterior (fase 5), en esta fase se entremezclan actividades de intervención y de valoración. Dado que este texto está dedicado a la evaluación, vamos a analizar los objetivos evaluativos sin referirnos a aquellos propiamente interventivos, aquellos que se refieren a la evaluación continua o de medidas repetidas cuando se ha seleccionado un diseño de caso único:

Siguiendo con nuestro ejemplo, en el tratamiento de JM, junto con un diseño pre-post, se estableció un diseño $N = 1$ de medidas repetidas tomando como unidad de análisis las evaluaciones escolares y por tiempo cada una de las evaluaciones parciales. Así, durante los seis meses que duró el tratamiento de JM, se tuvieron en cuenta sus calificaciones escolares habidas en las evaluaciones parciales, como puede apreciarse en la figura, se tuvieron en cuenta antes de iniciar el tratamiento, como línea base, la evaluación final de 1.o de Primaria y las dos primeras de 2.o de Primaria. Durante el tratamiento siguieron registrándose la 3.a, 4.a y 5.a evaluaciones. En conclusión, aunque la fase de tratamiento es esencialmente interventiva, habremos de tener en cuenta que en diseños de $N = 1$ se requiere la evaluación continua o de medidas repetidas.

4.3. Fase 7. Valoración

En esta fase 7 llegamos al momento clave del proceso experimental en el que tratamos de responder a un objetivo de modificación y cambio: ¿hasta qué punto se han alcanzado los cambios comportamentales previamente establecidos? O, en otras palabras, ¿hasta qué punto se han conseguido los criterios de cambio? La lógica del método científico nos lleva a plantear tres cuestiones: que el tratamiento haya servido adecuadamente para manipular las variables independientes, que se hayan obtenido los objetivos de cambio y, finalmente, que no hayan aparecido otros problemas. Hemos de tener en cuenta que, si se han producido los cambios esperados (y no ha aparecido ningún otro problema), éstos van a ser atribuidos al tratamiento, y, a su probadas nuestras hipótesis interventivas. En otras palabras, tres son las comprobaciones que debemos hacer en esta fase del proceso: — Que se haya producido un cambio, en el sentido esperado, en nuestras variables independientes. — Que se haya producido un cambio, en el sentido esperado, en las conductas objetivo de nuestro sujeto (o grupo de sujetos). — Que no haya aparecido ningún otro problema.

UNIDAD 2

METODOLOGIA

2.1.- El análisis funcional de la conducta en casos clínicos.

El análisis funcional (AF) es el esfuerzo sistemático para identificar las relaciones entre conductas, antecedentes y consecuencias. El AF de la conducta se desarrolló a partir del trabajo experimental Skinner, quien planteó que la conducta humana (o de cualquier otro organismo) se puede explicar a partir del análisis del ambiente que rodea a ese comportamiento (Skinner, 1953). Por lo tanto, las manipulaciones sistemáticas del ambiente deben producir cambios sistemáticos en la conducta.

La conducta es una función de algunas condiciones, es decir, no ocurre al azar o sin alguna relación con los eventos que ocurren en el ambiente del usuario o su vida. Un AF se diseña para identificar las condiciones que se relacionan con la conducta, ya que examina de manera más precisa qué es lo que contribuye para dar inicio a la conducta, de manera que la información pueda emplearse para identificar intervenciones efectivas.

El AF puede realizarse de varias maneras, ya que la observación directa es el método común para llevar a cabo este tipo de análisis.

1.- Una forma consiste en observar la conducta en una forma natural para detectar patrones sistemáticos entre elementos del escenario, estímulos y consecuencias, y la conducta meta.

2.- Otra forma de realizar AF es alterando los elementos del ambiente. En este procedimiento se disponen diferentes condiciones en las que una variable del escenario o estímulo esté presente y otras en las que no. La conducta se observa bajo circunstancias diferentes, la meta no es intervenir para lograr un cambio terapéutico, sino más bien evaluar si un evento ambiental específico o un conjunto de eventos influyen en la conducta.

El AF de la conducta fue definido por Peterson (1968) como un proceso que cumple las siguientes características:

- a) Realiza una observación sistemática de la conducta para obtener una línea base de la ocurrencia de la misma.
- b) Realiza una observación sistemática de las condiciones que estimulan la conducta antecedentes, (estímulos discriminativos) o consecuencias (refuerzos) de la misma.

- c) Manipulan experimentalmente la condición que aparece como causalmente relacionada con la conducta.
- d) Realiza observaciones y registros de los cambios que se producen en la conducta.

ANÁLISIS FUNCIONAL DE PROBLEMAS DE CONDUCTA. GUIA PRACTICA DE EVALUACIÓN.

Esta es una guía práctica que presenta procedimientos específicos para recoger información sobre comportamientos problemáticos. Estos procedimientos forman parte de lo que globalmente se conoce como "Análisis Funcional". El objetivo de esta guía es presentar un método, hojas de protocolos y ejemplos que permitan al lector realizar análisis funcionales en las escuelas, centros de trabajo o servicios comunitarios normales. Está dirigida a aquellas personas que están encargadas de diseñar y llevar a cabo planes de apoyo conductual y que están entrenadas en el uso del Análisis Funcional Aplicado, tanto a nivel de atención directa como indirecta. El análisis funcional es un método de evaluación que permite recoger la información necesaria para elaborar planes conductuales eficaces. Consiste básicamente en tres pasos: 1. Descripción operativa de la(s) conducta(s) inadecuada(s). 2. Pronóstico de los momentos y situaciones en que la(s) conducta(s) inadecuada(s) se producirá(n) y en los que no se producirá(n) a lo largo de las rutinas diarias. 3. Definición de la(s) función(es) que la(s) conducta(s) inadecuada(s) tiene(n) para el individuo (reforzadores que mantienen la conducta). Las tres estrategias de evaluación mediante análisis conductual son: 1. Entrevista con las personas que tienen contacto directo con el individuo y que mejor le conocen. 2. Observación directa de la persona durante las rutinas típicas diarias y durante un período largo de tiempo. 3. Manipulación sistemática de situaciones específicas Se proporciona una Hoja de Respuesta estandarizada para la entrevista que está dividida en nueve secciones. Descripción de las conductas; definición de posibles acontecimientos ecológicos como son actividades y horarios diarios, perfil de personal, etc.; definición de sucesos y situaciones que predigan la ocurrencia de las conductas problemáticas, p.e., momento del día, emplazamiento físico, control social, actividad; identificación de la(s) función(es) de la conducta inadecuada; eficacia de dichas conductas; definición del modo principal de comunicación que usa la persona para comunicarse; identificación de reforzadores positivos; identificación de conductas alternativas

funcionales; historia de las conductas inadecuadas. Se proporcionan ejemplos y ejercicios prácticos para aprender a utilizar dichas Hojas. Igualmente en el caso de la observación directa, se proporciona un procedimiento de registro sencillo de "sucesos". La Hoja está estructurada para maximizar la información global que se puede obtener. Se exponen pautas sobre, cuándo, dónde y quién deber realizar la observaciones, así cómo se pueden interpretar y resumir los datos obtenidos. También se describen los pasos que debemos seguir para individualizar la hoja a cada caso en concreto. 47 Mediante 3 ó 4 ejemplos y ejercicios prácticos el lector puede adquirir habilidad fácil en el uso de la Hoja de Análisis Funcional. El tercer instrumento descrito es la realización de manipulaciones sistemáticas. El proceso implica presentar o cambiar varios sucesos o situaciones del entorno y observar cómo estos cambios afectan a la conducta de la persona, tales sucesos podrían incluir que el personal haga ciertas peticiones u órdenes, pedir a la persona que participe en ciertas actividades, hacer que determinada persona esté presente, realizar interacciones en un emplazamiento especialmente problemático o dejar a la persona sola o sin atención durante un determinado período de tiempo. El objetivo de las manipulaciones sistemáticas es confirmar hipótesis o ideas sobre porqué está ocurriendo la conducta. Se debe utilizar únicamente cuando los datos recogidos con los dos instrumentos anteriores no nos han revelado datos claros sobre las funciones de la conducta. Dado el riesgo que entraña el uso de manipulaciones sistemáticas con ciertos tipos de conducta problemática se dan orientaciones para su realización. El recoger información sobre los problemas de conducta no es un fin en sí mismo. Por el contrario, la información es útil e importante únicamente si se usa como guía para elaborar e iniciar estrategias de programación que fomenten conductas adaptativas y reduzcan las conductas problemáticas. La siguiente sección se centra en integrar la información recogida en el análisis funcional para su uso en la elaboración de un programa de apoyo. Como hemos podido ir viendo en las estrategias de análisis funcional, cualquier programa de apoyo tendría que incluir el manejo de cinco variables importantes: 1. Manipulaciones ecológicas (horarios, rutinas, aspectos físicos/médicos, contactos sociales). 2. Manipulaciones de los antecedentes inmediatos (limitar estímulos de conductas problema, combinar órdenes fáciles y más difíciles). 3. Manipulaciones de conductas/habilidades (enseñar conductas alternativas a la conducta problema apropiadas). 4. Manipulaciones de las consecuencias (reducir o eliminar los reforzadores de las conductas problema, proporcionar

reforzadores personalizados para las conductas adaptativas). 5. Procedimientos de emergencia (establecer procedimientos para responder a las situaciones en las que la conducta está fuera de control).

2.2.- El análisis de caso: experimentación y aplicaciones clínicas.

Implica el estudio intensivo de un cliente o paciente, quien está en tratamiento. Bajo el encabezado de estudios de caso se tiene material de entrevistas, respuestas a pruebas o informes de tratamiento. También puede haber datos biográficos y auto biográficos, cartas, diarios, historias clínicas, historias médicas, etc. Entonces, los estudios de caso involucran el estudio y descripción a fondo de una persona. Esos estudios han sido durante mucho tiempo los métodos más importantes en el estudio de la conducta anormal y en la descripción de métodos de tratamiento. Su gran valor reside en la riqueza como fuentes potenciales de comprensión y como generadores de hipótesis. Puede servir como preludios excelentes a la investigación científica. Sin tomar en cuenta que tan importantes puedan ser los experimentos, los listados de computadora o las normas estadísticas, nunca se debe descuidar el tomar en consideración casos de tratamiento reales.

Con el transcurso de los años muchos estudios de caso han influido en el establecimiento de nuestra comprensión acerca de fenómenos clínicos. Algunos de los ejemplos más famosos y clásicos incluyen:

El caso Dora (Freud, 1905/1953): explica el concepto de resistencia a la terapia.

El caso del pequeño Hans (Freud, 1909/1955): aumentó la comprensión con respecto a la psicodinamia de las fobias.

Las tres caras de Eva (Thigpen y Cleckley, 1957): delineó la anatomía de la personalidad múltiple.

The mask of Sanity (Cleckley, 1964): proporcionó informes detallados de las vidas de psicópatas.

Casos de modificación de conducta (Ullman y Krasner, 1965): demostraron la eficiencia de tratamientos conductuales con casos individuales.

Es poco probable que algo reemplace al estudio de caso, como un amanaera de ayudar a los clínicos a comprender a ese paciente único que se sienta con ellos. Como discutió Allport (1961) de modo tan apremiante, debe estudiarse a los individuos individualmente. Sin embargo, existe, por supuesto, un inconveniente de los métodos de estudio de caso. Por ejemplo, es

difícil utilizar casos individuales para el desarrollo de leyes universales o principios conductuales que se apliquen a todos. De la misma manera, un estudio de caso puede conducir a conclusiones casusa-efecto debido a que, en general, los clínicos no tienen control sobre las variables importantes que han operado en ese caso. Por ejemplo, un paciente puede beneficiarse en gran medida de la terapia psicodinámica, pero esto puede tener menos que ver con el método de terapia que con las características de personalidad de esa persona. Sólo la investigación controlada subsecuente puede establecer las causas exactas- los factores que influyen- del cambio.

Se puede concluir esta discusión concordando con Davison y Neale(1996), quienes afirman que los estudios de caso han sido de especial utilidad para: proporcionar descripciones acerca de fenómenos poco comunes, extraños o novedosos, métodos característicos de entrevista, evaluaciones o tratamiento de pacientes: desconfirmar información”universalmente conocida” o aceptada; generar hipótesis que se puede someter a prueba. **(Generación de hipótesis a partir de terapia . psicología clínica de E. Jerry Phares, pág 87).**

Tipos de estudios de caso.

El fundamento epistemológico de estudio de caso nos permite analizar los diferentes criterios para clasificar el estudio de caso Hans Gundermman Kröll (2004), nos dice que el estudio de caso se puede clasificar dependiendo si éste se usa como fin o como medio.

Como fin tiene el propósito de “focalizar” de manera singular un inter/sujeto/objeto de estudio como un caso en función de la elección la unidad de estudio, aquí lo importante es no perder el carácter unitario del caso por estudiar. Como medio, el estudio de Caso se comprende como un recurso secundario para el desarrollo posterior de otra metodología de investigación. Por otra parte Caramon (2004), citando a autores como Best (1982), Mc Kernana (1999), Pardiñas (1980), afirman que el estudio de caso puede ser considerado bajo tres perspectivas: como un método en el sentido de que estudia las interrelaciones y los cambios, una segunda posibilidad de entender los estudios de caso es como una técnica para entender o tomar decisiones con relación a un inter/sujeto/objeto de estudio y por último como instrumento de observación dentro de la investigación documental en tanto unidad específica. (Guba y Lincoln en Rodriguez 99:93), ejemplifican a través de un cuadro la consideración de los propósitos con

que se realiza y los niveles del estudio de casos. Según el propósito que se persiga con la investigación (por ejemplo, hacer una crónica) así se desarrolla el estudio de caso (llevar a cabo registros) y se obtienen ciertos resultados (los registros o grabaciones). A un nivel interpretativo, el investigador, a partir del propósito elegido (en este ejemplo, hacer una crónica), realiza determinadas acciones (construir) de las que se desprenden ciertos resultados (historias). Finalmente a nivel evaluativo, las acciones del investigador (deliberar) se traducen en los productos correspondientes (evidencias).

Propósito del estudio de caso	Factual		Interpretativo		Evaluativo	
	Acción	Producto	Acción	Producto	Acción	Producto
Hacer una crónica	Registrar	Registro	Construir	Historia	Deliberar	Evidencia
Representar	Construir	Perfil	Sintetizar	Significados	Representación	Retrato
Enseñar	Presentar	Cogniciones	Clasificar	Comprensiones	Contraste	Discriminaciones
Comprobar	Examinar	Hechos	Relatar	Teoría	Pesar	Juicios

En (Rodríguez 99:94) otra clasificación es la propuesta en el siguiente cuadro:

Tipos	Modalidades	Descripción
Estudio de caso único	Histórico-organizativo	Se ocupa de la evolución de una institución.
	Observacional	Se apoya en la observación participante como principal técnica de recogida de datos.
	Biografía	Buscan, a través de extensas entrevistas con una persona, una narración en primera persona.
	Comunitario	Se centran en el estudio de un barrio o comunidad de vecinos.
	Situacional	Estudian un acontecimiento desde la perspectiva de los que han participado en el mismo.
	Microetnografía	Se ocupan de pequeñas unidades o actividades específicas dentro de una organización.
Estudio de casos múltiples	Inducción analítica modificada	Persigue el desarrollo y contrastación de ciertas explicaciones en un marco representativo de un contexto más general.
	Comparación constante	Pretenden generar teoría contrastando las hipótesis extraídas en un contexto dentro de contextos diversos.

Yin, presenta una matriz donde consideraba cuatro tipos básicos de estudio de casos y que se puede ver en el siguiente cuadro (03:78)

- ✓ Caso simple, diseño holístico: el estudio se desarrolla sobre un solo objeto, proceso o acontecimiento, realizados con una unidad de análisis.
- ✓ Caso simple, diseño incrustado: el estudio se desarrolla sobre un solo objeto, proceso o acontecimiento, utilizando dos o más unidades
- ✓ Múltiples casos, diseño holístico: se persigue la replicación lógica de los resultados repitiendo el mismo estudio sobre casos diferentes para obtener más pruebas y mejorar la validez externa de la investigación. Realizados con una unidad de análisis.
- ✓ Múltiples casos, diseño incrustado: se persigue la replicación lógica de los resultados repitiendo el mismo estudio sobre casos diferentes para obtener más pruebas y mejorarla validez externa de la investigación. Realizados con dos o más unidades de análisis.

	Diseños de caso único	Diseños de casos múltiples
Global (unidad simple de análisis)	Tipo 1	Tipo 3
Inclusivo (Unidades múltiples de análisis)	Tipo 2	Tipo 4

Conformo las funciones de producción del conocimiento existen tres categorías o tipos principales de estudios de caso –explicativos, descriptivos y de metodología combinada. Aunque en la vida real a menudo se superponen estas categorías, uno de los siguientes enfoques será el predominante:

I Los explicativos. El propósito de los estudios de caso explicativos, tal como su nombre lo indica, es explicar las relaciones entre los componentes de un programa.

1.1. Implementación del Programa. Este estudio de caso investiga las operaciones, a menudo en varios terrenos, y con frecuencia, de manera normativa-

1.2. *Efectos del Programa*. Este estudio de caso examina la causalidad en términos de la lógica de causa-efecto.

II Los *Descriptivos*. Estos estudios son más focalizados que los casos explicativos, su propósito es dar cuenta de una situación problemática en términos de una lógica centrada en un análisis primario del sujeto/objeto de estudio.

2.1 *Ilustrativo*. Este tipo de estudio de caso es de carácter descriptivo y tiene el propósito de añadir realismo y ejemplos de fondo al resto de la información acerca de un programa, proyecto, o política.

2.2 *Exploratorio*. Este es también un estudio de caso descriptivo pero apunta, antes que a ilustrar, a generar hipótesis para investigaciones posteriores.

2.3 *Situación Crítica*. Examina una situación singular de interés único, o sirve como prueba crítica de una aseveración acerca de un programa, proyecto problema o estrategia de trabajo.

De lo anterior se desprende que un estudio de caso es:

1. Una unidad diacrónica o sincrónica
2. Un inter/objeto/sujeto de estudio que tiene que ser explicado desde su particularidad
3. Su particularidad depende de la integración de múltiples factores en un sistema

En conclusión es pertinente destacar que un aspecto relevante del estudio de caso es tener presente si éste es un medio o un fin y si lo entendemos como un método, una técnica o como un instrumento de trabajo, también tomar en consideración si se refiere a un caso descriptivo, explicativo o mixto.

5. La metodología del estudio de caso

Los diferentes elementos vistos en este artículo nos ponen en las condiciones de posibilidad para centrarnos en los pasos para el desarrollo de un estudio de Caso. El estudio caso tiene como finalidad diagnosticar y decidir en el terreno de las relaciones humanas. Con esto se puede: “Analizar un problema, Determinar un método de análisis, Adquirir agilidad en determinadas alternativas o cursos de acción, Tomar decisiones”.

Es en este sentido que la metodología del estudio de caso se puede entender como un modelo de gestión del conocimiento:

“Un enfoque que ve cualquier unidad social como total. Casi siempre esta forma de proceder incluye el establecimiento de dicha unidad que puede ser una persona una familia, un grupo social, un conjunto de relaciones o procesos –tales como la crisis familiares, ajuste a las enfermedades, formación de amistades, invasión étnica de un barrio- o también una cultura” Y agrega “...es una forma de organizar los datos sociales de modo que se conserve el carácter unitario del objeto social que se está estudiando”

“El estudio de caso es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular para llegar a comprender su actividad y circunstancias importantes. El estudio de caso observa de manera naturalista e interpreta las relaciones de orden superior dentro de los datos observados”. (Balcázar)

El estudio de caso representa particularidades y singularidades donde se privilegian los límites del tiempo y el espacio del inter/sujeto/objeto de estudio. Se identifican en su diacronía por sus antecedentes y en su sincronía por los elementos que lo constituyen para saber sus relaciones. Dentro del modelo de gestión del conocimiento éste deberá contener

1. Una planeación
2. Un desarrollo metodológico
3. Un sistema de comunicación de resultados
4. Un sistema de evaluación

Cabe subrayar que para elaborar un estudio de caso tenemos que tener muy presente: el problema y su contexto; la unidad que vamos a analizar; el tipo de estudio de caso que vamos a aplicar; la confiabilidad y validez de los datos que vamos a obtener.

En este marco de ideas tenemos que considerar que:

“Las conclusiones iniciales del estudio de caso culturales están limitadas al área y periodo estudiado –la tipología constructiva- puede permitir la transferencia de tales conclusiones, después de una modificación adecuada, a otras áreas y períodos. Han de reunirse y acumularse diversos tipos de sujetos a tiempo y localización antes de intentar cualquier construcción definitiva de tipos no limitados en el tiempo y en el espacio. (Balcázar 10:173).

Las unidades de análisis pueden ser histórico-organizacionales (génesis y estructura institucional), etnográficos en pequeña escala (estudio de unidades mínimas de actividades

organizacionales), comunitarios (estudio de unidades barriales, comunidad de vecinos, jóvenes, comerciantes), estudios biográficos (estudios en profundidad a partir de la narración-significado-resignificación), estudios observacionales (técnicas de observación participante) y situacional (sujetos individuales).

Se tienen los elementos necesarios para establecer las ventajas de un estudio de caso:

Primera, los estudios de caso se enfocan hacia un solo individuo o cosa (sea, por ejemplo, una persona o un distrito escolar), lo que permite un examen y escrutinio cercano y la recopilación de una gran cantidad de datos detallados. Es por estas razones que los estudios de caso siempre han sido populares como método para situaciones clínicas.

Segunda, los estudios de caso fomentan el uso de varias técnicas distintas para obtener la información necesaria, las cuales van desde las observaciones personales hasta las entrevistas de otras personas que podrían conocer el objetivo del estudio de caso, los expedientes de escuelas o doctores relacionados con la salud y otras cuestiones.

Tercera, sencillamente no hay mejor manera de obtener una imagen más completa de lo que está ocurriendo que a través de un estudio de caso. Esto es exactamente lo que Freud hizo en sus primeros trabajos. Ciertamente, él no podía haber usado un cuestionario para preguntar acerca de los sueños de sus pacientes, ni era concebible alcanzar su nivel de análisis utilizando otra cosa que no fuera un escrutinio intensivo de los detalles aparentemente más insignificantes de la forma como la mente funciona. Estos datos tribuyeron a su extraordinario conocimiento del funcionamiento de la mente humana y a la primera teoría aceptada de las etapas del desarrollo humano.

Cuarta, si bien los estudios de casos no prueban hipótesis, sugieren direcciones para estudios subsecuentes. La historia de un sujeto/objeto de estudio es esencial para entender la unidad. Un sujeto/objeto de estudio implica interacción de múltiples influencias que son necesarias analizar.

6. La Confiabilidad y validez en los estudios de caso

La confiabilidad se refiere a la capacidad que deberá tener un estudio de caso para obtener los mismos resultados si éste se repite en el tiempo (Gundermann 2004). Es necesario que para lograr la confiabilidad el estudio de caso sea repetido siguiendo los mismos pasos del primero.

“...de tal modo que quien examine el caso pueda reproducir condiciones lo más ajustada posible a las del estudio inicial. Para ello, se recomienda el uso de protocolos de investigación (que integran la definición de instrumentos por aplicar y procedimientos por seguir según un programa detallado, así como el registro del proceso), y una base de datos del estudio de caso (separada de los resultados vertidos a un informe, artículo o libro), para fines de comparabilidad” (Gunderman 04:264) Asimismo, nos dice que la validez de los estudio de caso puede ser atendida por su carácter interno y externo. La primera consiste en confrontar la información obtenida al interior del caso, ya sea por las unidades categoriales o por los sujetos individuales con el objeto de obtener fuentes múltiples de evidencia. En el segundo ámbito, se trata de la transferibilidad; es decir la capacidad que pudiera tener un estudio de caso de ser confrontado en sus resultados con otros similares. Para apoyar la validez interna y externa también se requiere que los instrumentos y las metodologías de investigación sean evaluados y avalados por un agente externo a la investigación y que éstos agentes que tenga experiencia en estudios similares. Yin refiere que la *validez interna* está relacionada específicamente con el establecimiento o búsqueda de una relación *causal* o *explicativa*; es decir, si el evento *x* lleva al evento *y*; excluyendo la posibilidad de que sea causado por el evento *z*. Esta lógica no es aplicable, por ejemplo, a un estudio *descriptivo* o *exploratorio*.

La *validez externa* trata de verificar si los resultados de un determinado estudio son *generalizables* más allá de los linderos del mismo. Esto requiere que se dé una homología o, al menos, una analogía entre la unidad de análisis y el universo al cual se quiere aplicar.

Algunos autores se refieren a este tipo de validez con el nombre de *validez de contenido*, pues la definen como la representatividad o adecuación muestral del contenido que se mide con el contenido del universo del cual es extraída

Si bien es cierto que los problemas planteados por la confiabilidad y validez de los estudios de caso emergen de una tradición positivista de las ciencias sociales, es necesario reconocer que parte de su avance y su contribución a las ciencias sociales y al conocimiento científico en general depende en gran medida de establecer los puentes de diálogo con otras concepciones epistemológicas. “Quizá entonces será posible reafirmar los tipos construidos de esa manera condicional e investigar después hasta que punto otros casos suministran comprobación de la validez de las predicciones mantenidas. Sólo así tendremos un método comparativo genuino y

en estricto sentido- Y sólo se consiga una comprobación de semejante especie pragmática podrá comenzarse a hablar de generalizaciones de gran alcance. Pero aun entonces es improbable que esas generalizaciones sean válidas para todos los demás tipos” (Seltitz 80:273). La confiabilidad tiene por objeto asegurarse de que un investigador, siguiendo los mismos procedimientos descritos por otro investigador anterior y conduciendo el mismo estudio, puede llegar a los mismos resultados y conclusiones.

En los estudios de caso utilizan el método de la triangulación sirve para complementar confiabilidad y valides de los datos y es un medio eficaz para integrar la calidad de la información y los resultados obtenidos. Rodríguez (1999) considera que existen tres modelos de triangulación que pueden ser utilizados:

TRIANGULACIÓN	METODOLÓGICA	TEMPORAL	INFORMANTES simultaneo y SUJETO
Proceso básico:	Combinar datos de carácter cuantitativos con los cualitativos.	Uso combinatorio de métodos longitudinales y transversales. Datos confrontados por los momentos diacrónicos del estudio.	Dos niveles: a. De informantes: Se confronta la opinión de diferentes sujetos integrados a grupos de informantes (información por profesores, alumnos y administradores sobre una categoría de análisis). b. Sujetos: Triangulación por sujetos particulares no perteneciendo necesariamente a una categoría de análisis (contrastar opinión de un tutor con la de un profesor).
Se obtiene:	Estudios mixtos	Obtener datos de	“...se conjugan en una
	que dan una perspectiva innovadora.	casos similares en un momento simultáneo del proceso de investigación.	<i>misma circunstancia</i> (los puntos de vista) <i>para aproximarse a un entendimiento profundo de la realidad</i> ” (Rodríguez 99:341)

Hasta aquí hemos visto que el estudio de caso puede tener como unidad una situación compleja, en tanto un sujeto como familiar, como en el colectivo: educativo, social, laboral y empresarial. Sus resultados y evaluación no puede realizarse en forma completa si éstos no

son sometidos a criterios de confiabilidad y validez, no sólo la relacionada con los instrumentos usados en una medición o en la precisión de una réplica, como son la validez y la confiabilidad descritas, sino que, dada la intrincada trama de aspectos que conforman la vida moderna se vuelve absolutamente indispensable un examen crítico a lo largo todo el proceso de investigación. El problema de la *validez* y la confiabilidad del estudio de caso ha sido enfrentado desde sus diferentes ángulos, como hemos expuesto, y, en su conjunto, la pretensión es darle una solución eminentemente rigurosa, sistemática y crítica, a los criterios exigidos por una auténtica científicidad.

Aunque no es lo ideal establecer un único modo de llevar a cabo este proceso, de acuerdo a expuesto en el presente artículo, establecemos que el investigador que decida utilizar el Estudio de Caso, deberá:

- A. Someterse a un protocolo de investigación
- B. Contextualizar el problema y describir claramente la Unidad de Análisis (diacronía).¹²
- C. Determinar el método de análisis (validar las técnicas e instrumentos que se van a utilizar – desarrollo metodológico, tanto cuantitativo como cualitativo.
- D. Organizar los datos obtenidos y presentarlos de manera que se observen claramente los elementos y relaciones entre ellos (conjuntando lo cuantitativo con lo cualitativo) y la unidad de análisis (sincronía).
- E. Establecer alternativas o cursos de acción, de acuerdo a lo encontrado.

UNIDAD 3

APLICACIONES

La realización de un diagnóstico psicológico (o, lo que es lo mismo, de un diagnóstico psiquiátrico) bien fundamentado exige que el clínico reúna varios requisitos previos. En primer lugar, el clínico que lo realiza debe tener unos conocimientos de psicopatología extensos y detallados. Esto es, conocimientos acerca de qué tipos de comportamientos problemáticos (por ejemplo, déficit o excesos cognitivos, verbales, emocionales, etc.) suelen presentar las personas que acuden a consulta, cómo surgen y evolucionan, qué factores favorecen su aparición y sus cambios a lo largo del tiempo, en qué tipo de personas se dan con más o menos frecuencia, etc.

En segundo lugar, debe poseer conocimientos igualmente extensos y detallados, así como entrenamiento práctico, acerca de cómo averiguar si algunos de dichos comportamientos problemáticos se están dando en una persona particular, así como su origen y evolución, sus posibles relaciones con otros problemas (psicológicos y no psicológicos) de la persona y las consecuencias que pueden estar teniendo en su vida o en la vida de los que la rodean (a averiguar todo esto le solemos llamar «evaluación clínica»). En tercer lugar, debe conocer en profundidad los sistemas nosológicos al uso que permiten clasificar dichos comportamientos problemáticos (por ejemplo el DSM-V o el ICD-10). Por último, debe saber cómo asignar las categorías del sistema clasificatorio elegido a los comportamientos problemáticos concretos que presenta su paciente, de tal forma que su juicio diagnóstico sea fiables (o replicable), válido y clínicamente útil para realizar predicciones sobre la evolución futura esperable de dichos problemas (pronóstico) y sobre cuál sería el tratamiento presumiblemente más conveniente.

3.1.- Evaluación de ansiedad y fobias.

Sentir ansiedad de modo ocasional es una parte normal de la vida. Sin embargo, las personas con trastornos de ansiedad con frecuencia tienen preocupaciones y miedos intensos, excesivos y persistentes sobre situaciones diarias. Con frecuencia, en los trastornos de ansiedad se dan

episodios repetidos de sentimientos repentinos de ansiedad intensa y miedo o terror que alcanzan un máximo en una cuestión de minutos (ataques de pánico).

Estos sentimientos de ansiedad y pánico interfieren con las actividades diarias, son difíciles de controlar, son desproporcionados en comparación con el peligro real y pueden durar un largo tiempo. Con el propósito de prevenir estos sentimientos, puede suceder que evites ciertos lugares o situaciones. Los síntomas pueden empezar en la infancia o la adolescencia y continuar hasta la edad adulta.

Algunos ejemplos del trastorno de ansiedad son: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social (fobia social), fobias específicas y trastorno de ansiedad por separación. Puedes tener más de un trastorno de ansiedad. A veces, la ansiedad surge de una enfermedad que requiere tratamiento.

Cualquiera sea el tipo de ansiedad que padezcas, un tratamiento puede ayudar.

Síntomas

Los signos y síntomas de la ansiedad más comunes incluyen los siguientes:

Sensación de nerviosismo, agitación o tensión

- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe
- Aumento del ritmo cardíaco
- Respiración acelerada (hiperventilación)
- Sudoración
- Temblores
- Sensación de debilidad o cansancio
- Problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual
- Tener problemas para conciliar el sueño
- Padecer problemas gastrointestinales (GI)
- Tener dificultades para controlar las preocupaciones
- Tener la necesidad de evitar las situaciones que generan ansiedad

Existen varios tipos de trastornos de ansiedad:

- La **agorafobia** es un tipo de trastorno de ansiedad en el que temes a lugares y situaciones que pueden causarte pánico o hacerte sentir atrapado, indefenso o avergonzado y a menudo intentas evitarlos.
- El **trastorno de ansiedad debido a una enfermedad** incluye síntomas de ansiedad o pánico intensos que son directamente causados por un problema de salud físico.
- El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por una ansiedad y una preocupación persistentes y excesivas por actividades o eventos, incluso asuntos comunes de rutina. La preocupación es desproporcionada con respecto a la situación actual, es difícil de controlar y afecta la forma en que te sientes físicamente. A menudo sucede junto con otros trastornos de ansiedad o con la depresión.
- El **trastorno de pánico** implica episodios repetidos de sensaciones repentinas de ansiedad y miedo o terror intensos que alcanzan un nivel máximo en minutos (ataques de pánico). Puedes tener sensaciones de una catástrofe inminente, dificultad para respirar, dolor en el pecho o latidos rápidos, fuertes o como aleteos (palpitaciones cardíacas). Estos ataques de pánico pueden provocar que a la persona le preocupe que sucedan de nuevo o que evite situaciones en las que han sucedido.
- El **mutismo selectivo** es una incapacidad constante que tienen los niños para hablar en ciertas situaciones, como en la escuela, incluso cuando pueden hablar en otras situaciones, como en el hogar con miembros cercanos de la familia. Esto puede afectar el desempeño en la escuela, el trabajo o en la sociedad.
- El **trastorno de ansiedad por separación** es un trastorno de la niñez que se caracteriza por una ansiedad que es excesiva para el nivel de desarrollo del niño y que se relaciona con la separación de los padres u otras personas que cumplen una función paternal.
- El **trastorno de ansiedad social (fobia social)** implica altos niveles de ansiedad, miedo o rechazo a situaciones sociales debido a sentimientos de vergüenza, inseguridad y preocupación por ser juzgado o percibido de manera negativa por otras personas.

- Las **fobias específicas** se caracterizan por una notable ansiedad cuando la persona se ve expuesta a un objeto o situación específicos, y un deseo por evitarlos. En algunas personas, las fobias provocan ataques de pánico.
- El **trastorno de ansiedad inducido por sustancias** se caracteriza por síntomas de ansiedad o pánico intensos que son el resultado directo del uso indebido de drogas, como tomar medicamentos, estar expuesto a una sustancia tóxica o tener abstinencia a causa de las drogas.
- **Otro trastorno de ansiedad específico y no específico** es un término para la ansiedad y las fobias que no cumplen con los criterios exactos para algún otro trastorno de ansiedad pero que son lo suficientemente relevantes para ser alarmantes y perturbadores.

Es posible que tus preocupaciones no se vayan por sí solas y que empeoren con el paso del tiempo si no procuras ayuda. Visita a tu médico o a un profesional de salud mental antes de que tu ansiedad empeore. Es más fácil tratarla si obtienes ayuda pronto.

Causas

No está del todo claro cuáles son las causas de los trastornos de ansiedad. Ciertas experiencias de vida, como acontecimientos traumáticos, parecen provocar los trastornos de ansiedad en personas que ya son propensas a la ansiedad. Los rasgos heredados también pueden ser un factor.

Causas médicas

Para algunas personas, la ansiedad puede estar relacionada con un problema de salud oculto. En algunos casos, los signos y síntomas de ansiedad son los primeros indicadores de una enfermedad. Si el médico sospecha que la ansiedad que tienes puede tener una causa médica, quizás te indique análisis para buscar los signos del problema.

Algunos ejemplos de problemas médicos que pueden estar relacionados con la ansiedad incluyen los siguientes:

- Enfermedad cardíaca
- Diabetes
- Problemas de tiroides, como el hipertiroidismo
- Trastornos respiratorios, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma
- Uso inadecuado de sustancias o abstinencia
- Abstinencia del alcohol, de medicamentos contra la ansiedad (benzodiazepinas) o de otros medicamentos
- Dolor crónico o síndrome de intestino irritable
- Tumores poco frecuentes que producen hormonas de reacción de “luchar o huir”

En ocasiones, la ansiedad puede ser un efecto secundario de algunos medicamentos.

Es posible que la ansiedad que te aqueja esté causada por una enfermedad oculta en los siguientes casos:

- Si no tienes parientes consanguíneos (como padres o hermanos) que tengan trastornos de ansiedad
- Si no tuviste un trastorno de ansiedad en la infancia
- Si no evitas ciertas cosas o situaciones a causa de la ansiedad
- Si la ansiedad se presenta de forma repentina sin estar relacionada con los eventos de la vida o si no tienes antecedentes de ansiedad

Factores de riesgo

Los siguientes factores pueden incrementar el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad:

- **Trauma.** Los niños que soportaron maltratos o traumas o que presenciaron eventos traumáticos tienen mayor riesgo de manifestar un trastorno de ansiedad en algún momento de sus vidas. Los adultos que atraviesan un evento traumático también pueden manifestar trastornos de ansiedad.

- **Estrés debido a una enfermedad.** Tener un problema de salud o una enfermedad grave puede causar gran preocupación acerca de cuestiones como el tratamiento y el futuro.
- **Acumulación de estrés.** Un evento importante o una acumulación de situaciones estresantes más pequeñas de la vida pueden provocar ansiedad excesiva, por ejemplo, la muerte de algún familiar, estrés en el trabajo o preocupaciones continuas por la situación financiera.
- **Personalidad.** Las personas con determinados tipos de personalidad son más propensas a sufrir trastornos de ansiedad que otras personas.
- **Otros trastornos mentales.** Las personas que padecen otros trastornos mentales, como depresión, a menudo también padecen un trastorno de ansiedad.
- **Tener familiares consanguíneos que padecen un trastorno de ansiedad.** Los trastornos de ansiedad pueden ser hereditarios.
- **Drogas o alcohol.** El consumo o el uso indebido o la abstinencia de drogas o alcohol pueden provocar o empeorar la ansiedad.

Complicaciones

El trastorno de ansiedad no implica solamente estar preocupado. También puede ocasionar, o empeorar, otros trastornos mentales y físicos, como los siguientes:

- Depresión (que a menudo se produce junto con un trastorno de ansiedad) u otros trastornos de salud mental.
- Abuso de sustancias.
- Problemas para dormir (insomnio).
- Problemas digestivos o intestinales.
- Dolor de cabeza y dolor crónico.
- Aislamiento social.
- Problemas en la escuela o el trabajo
- Mala calidad de vida.
- Suicidio.

***NOTA: Revisar clasificación de los trastornos de ansiedad de acuerdo al DSM V.**

Los trastornos de ansiedad DSM-5

Trastornos de ansiedad

- Tr. Por ansiedad de separación.
- Tr. Por mutismo selectivo. • Tr. Pánico. • Agorafobia. • Fobia específica.
- Tr. Ansiedad social.
- Tr. Ansiedad generalizada.
- Tr. Ansiedad inducida por sustancias/medicamentos.
- Tr. Ansiedad atribuible a otras condiciones médicas.
- Otros trastornos específicos de ansiedad.
- Trastorno de ansiedad no especificado.

Evaluación de los trastornos de ansiedad:

Instrumentos:

Escala de Hamilton

La escala de ansiedad de Hamilton es uno de los cuestionarios psicológicos más utilizados para clarificar el grado de ansiedad que sufre una persona. No es por tanto un instrumento de diagnóstico, sino un recurso útil y altamente eficaz para valorar en qué estado se encuentra el paciente, cuáles son sus síntomas psicósomáticos, sus miedos y sus procesos cognitivos.

Llama la atención un hecho sobre esta interesante escala. Fue diseñada en 1959 Max R Hamilton y a día de hoy sigue siendo una de las más utilizadas. Si había algo que tenía claro este profesor de psiquiatría, y posteriormente presidente de la British Psychological Society, es que no todos los estados de ansiedad son iguales.

No deseaba definir otro instrumento para diagnosticar un trastorno. Buscaba definir un recurso altamente riguroso con el que poder evaluar el grado de severidad de la ansiedad en una persona, diferenciando además la ansiedad psíquica de la somática por su importancia a la hora de definir la capacidad de control que tienen las personas sobre esta realidad tan desgastante.

Más tarde, en 1969, el doctor Hamilton quiso ir un poco más allá y mejorar la escala. Así, entre esos ítems enfocados a valorar la ansiedad somática, hizo una distinción entre los signos somáticos musculares y los signos somáticos sensoriales. De este modo, y con ese grado de afinamiento a la hora de diseñar una prueba lo más ajustada posible, ya intuimos una pista evidente sobre este tema.

Cada persona experimenta la ansiedad de un modo particular. No hay dos realidades semejantes por tanto, no a todos nos sirven las mismas estrategias terapéuticas. Pruebas como la que pasamos seguidamente a detallar son muy adecuadas para personalizar al máximo los tratamientos en base a las necesidades particulares de cada paciente.

Propósito de la Escala de ansiedad de Hamilton

La escala de ansiedad de Hamilton es un instrumento de evaluación clínica que se utiliza para medir el grado de ansiedad de una persona. Es útil tanto en niños como en adultos. Asimismo, es un instrumento que pueden utilizar tanto los médicos como los psiquiatras, pero teniendo claro que no determina el diagnóstico de un trastorno concreto (aunque sí puede ayudar al mismo).

Asimismo, hay un problema con este recurso clínico que están percibiendo ya los profesionales de la salud. La escala de Ansiedad de Hamilton es de libre acceso, cualquiera puede descargarse el instrumento o incluso realizar la prueba online. Así, es común que muchas personas acudan ya hasta sus médicos con el diagnóstico hecho: “padezco ansiedad severa”.

Cabe decir que esto no es lo adecuado. Este tipo de prueba, como cualquier otra propia de la evaluación clínica, debe hacerse por profesionales especializados. Aún más, la escala de ansiedad de Hamilton cuenta con otro ítem donde el propio investigador debe valorar en qué estado ha realizado la prueba el paciente.

Es prioritario por tanto que seamos rigurosos en este aspecto, porque tal y como nos revelan en estudios como los llevados a cabo por los psiquiatras Katherine Shear y Vander Bilt en un

estudio, en la escala de ansiedad de Hamilton, la propia entrevista durante la administración de la prueba es clave para el buen diagnóstico.

Ítems que mide la escala de ansiedad de Hamilton

Este instrumento consta de 14 ítems. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta, que van desde no presente hasta muy severo. Así, una puntuación de 17 o menos, indica ansiedad leve. Una puntuación que vaya entre 18 y 24 puntos nos daría ya una pista de un estado de ansiedad moderado. Por último, si obtenemos una puntuación entre 24 a 30, indicaría un estado severo de ansiedad.

Veamos a continuación esos 14 ítems que componen la prueba:

Mente ansiosa: preocupaciones constantes, angustia al pensar o imaginar determinadas cosas, anticipar siempre lo peor...

Tensión: temblor, ganas de llorar, sensación de alarma...

Miedos: miedo a estar solo, a la oscuridad, a que pase algo imprevisto...

Insomnio

Problemas cognitivos: dificultad para decidir, concentrarse, reflexionar, fallos de memoria...

Humor: desánimo, levantarse con negatividad y la sensación de que va a ser un mal día, irritación, mal humor

Somático muscular: bruxismo, temblores, rigidez muscular, dolor muscular, voz temblorosa...

Somático sensorial: tinnitus, visión borrosa, sensación de frío o calor, sensación de debilidad...

Síntomas cardiovasculares: taquicardias o pinchazos súbitos al pecho.

Los síntomas respiratorios: sensación de falta de aire, presión, ahogo...

Síntomas gastrointestinales: problemas para tragar, hacer la digestión, estreñimiento o diarreas...

Los síntomas genitourinarios: micción constante, falta de libido...

Síntomas autónomos: boca seca, palidez, sudoración, piel erizada...

Valoración del profesional: aquí el experto hace una valoración sobre cómo ha visto en general al paciente.

Inventario de ansiedad de Beck..

CARACTERÍSTICAS Se trata de un cuestionario formado por 21 ítems, en los que figuran diversos síntomas de ansiedad, y que se extrajeron de un conjunto inicial de 86 ítems procedentes de los cuestionarios:

"The Anxiety Checklist" (ACL ; Beck, Steer y Brown, 1985),

"The Physician's Desk Reference Checklist"(PDR; Beck, 1978)

"Situational Anxiety Checklist" (SAC; Beck, 1982).

Está centrado básicamente en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad.

***Actividades casa:** revisar la guía de “Evaluación de ansiedad” de la Universidad de Belgrano de Buenos Aires Argentina. (Documento PDF) y guía clínica de secretaría de salud, México.

DESCRIPCIÓN El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) fue creado por Aaron T. Beck y Robert A. Steer, su primera publicación fue en 1988. Luego fue adaptado por Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández y la última revisión de esta adaptación se realizó en 2011. Las áreas de aplicación son Psicología clínica, del deporte, educativa, forense y Neuropsicología.

OBJETIVO Su objetivo fue cubrir la necesidad que se tenía de un instrumento que discriminase de modo confiable entre ansiedad y depresión.

Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad.

ADMINISTRACIÓN Se le pide al sujeto objeto de la evaluación que informe sobre la medida en que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas a lo largo de la semana anterior hasta el día de hoy.

INTERPRETACIÓN Cada ítem se puntúa de 0 a 3 correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto”, 1 a “levemente (No me molesta mucho),” 2 a “moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo)” y 3 “severamente (Apenas podía soportarlo)”. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos.

CUESTIONARIO POBLACIÓN Puede aplicarse a la población general, adultos y adolescentes (de 13 años o más). Según la versión española corresponde a personas de 17 años o más. En el Manual se indica que no es apropiada su aplicación a personas con dificultades intelectuales o lingüísticas. Cada ítem del BAI es una descripción simple de un síntoma de ansiedad con cuatro aspectos relevantes:

1. Subjetivo (por ejemplo, “no puedo relajarme”).
3. Autónomo (por ejemplo, “sensación de calor”).
4. Pánico (por ejemplo, “miedo a perder el control”).

El BAI requiere un nivel básico de lectura, puede completarse en 5-10 minutos utilizando un formulario de papel y lápiz o virtual. Debido a la relativa simplicidad del inventario. También se puede administrar por vía oral para personas con discapacidad visual. El BAI se ha convertido en el cuestionario auto aplicado más utilizado para evaluar la gravedad de la ansiedad en los países con mayor producción científica en psicología. El clínico debe examinar además cada elemento específico para determinar si los síntomas aparecen mayoritariamente en el ámbito subjetivo, neurofisiológico, autónomo o relacionado con el pánico al objeto de determinar las causas subyacentes de la ansiedad y establecer así unas pautas de tratamiento adecuadas.

3.2 Evaluación de comportamientos depresivos.

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas. En el caso de la población infantil, la clínica es dependiente de la etapa de desarrollo y sus expresiones particulares son: Trastornos de conducta, deterioro escolar, quejas somáticas y ánimo disfórico. A partir de aquí nos referiremos a la depresión en población adulta y abordaremos la depresión en la infancia y adolescencia en un apartado específico, dadas las peculiaridades que presenta.

FACTORES DE RIESGO.

SEXO. La relación hombre/mujer es de 1:2-3 entre los 12 y 55 años, igualándose fuera de este intervalo de edad.

EDAD. Existe una mayor incidencia de sintomatología depresiva en adultos jóvenes entre los 18-44 años. Según la edad existen diferencias respecto a los síntomas predominantes, por ejemplo en los niños son más frecuentes las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, mientras que en el adolescente se asocia a trastornos disociales, trastornos de la conducta alimentaria y abuso de sustancias. En el anciano suelen ser frecuentes las quejas somáticas y síntomas cognoscitivos (sensación de pérdida de memoria, falta de atención).

GENÉTICOS. Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo.

ACONTECIMIENTOS VITALES. Son aquellos eventos que requieren algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo; experiencias objetivas que alteran las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta. Al ser acontecimientos que implican cambio en las actividades usuales su potencial estresante va a estar en función de la cantidad de cambios que produzcan. Las emociones de tipo negativo que acompañan al estrés –ansiedad, depresión, etc- varían de acuerdo con las circunstancias del individuo y de la situación y de la agudeza o cronicidad del estrés. Ante el estrés agudo se tiende a experimentar ansiedad/miedo; cuando el estrés se cronifica predomina la experiencia de estado de ánimo depresivo.(6) Su existencia no es necesaria ni puede ser considerada una causa suficiente para la puesta en marcha del cuadro.

FACTORES SOCIALES. Los factores sociales predisponentes son aquellos que incrementan la vulnerabilidad de determinadas personas para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos: • Las experiencias de privación psicosensorial o de abusos y explotación extremas, que a menudo se dan durante la infancia en situaciones de desestructuración social o familiar.

- Otros muchos factores sociales predisponentes o de vulnerabilidad se encuentran en el entorno físico y social del individuo, por ejemplo condiciones difíciles en el trabajo, desempleo, exclusión y rechazo social, dificultades en la adaptación cultural, vivienda inadecuada, vecindario con altos niveles de violencia.

PSICOLÓGICOS Las teorías psicoanalíticas sitúan la vulnerabilidad para la depresión en las etapas tempranas de desarrollo, que se manifiesta en la dificultad para encarar pérdidas posteriores. Desde el conductismo se ha contemplado la depresión como una respuesta aprendida a situaciones en las que es imposible escapar a un estímulo desagradable (indefensión aprendida) o la falta de reforzadores positivos. Desde los años ochenta se han multiplicado los trabajos que desarrollan las tesis cognitivas según las cuales el síndrome depresivo se desarrolla a partir de esquemas cognitivos 14 Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos que facilitan la aparición de pensamientos automáticos que producen ideas negativas sobre el mundo, el futuro y uno mismo

FACTORES ETIOLÓGICOS

BIOLÓGICOS

GENÉTICOS. Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo

FACTORES NEUROQUÍMICOS. Los neurotransmisores que más se han relacionado con la depresión son la noradrenalina (NA) y la serotonina (SER). Se ha comprobado que existe una disminución de niveles del metabolito de la NA, 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol, en sangre y orina en pacientes depresivos, además de una disminución de los puntos de recaptación de la serotonina, en las plaquetas de enfermos depresivos. Se han observado, además, niveles bajos de 5 hidroxindolacético en pacientes que cometieron suicidio. También se ha observado que la depleción de dopamina aumenta el riesgo de depresión.

FACTORES ENDOCRINOS. Se han visto también implicados factores endocrinos, como la alteración en la secreción de hormona del crecimiento (GH), hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo.

FACTORES FISIOLÓGICOS Se han observado alteraciones del ritmo circadiano y del ciclo del sueño.

FACTORES ANATÓMICOS. Con el avance en los estudios de neuroimagen estructural y funcional se han descrito alteraciones en el sistema límbico, ganglios de la base e hipotálamo.

CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DE LA ETIOLOGÍA Clásicamente, la depresión se ha clasificado según su etiología en: – Endógena: aquella cuya causa no se conoce, pero se considera ligada a una predisposición constitucional biológica del sujeto. – Psicógena: asociada a la personalidad o reactiva a acontecimientos vitales. – Orgánica: secundaria a un fármaco o enfermedad médica por un mecanismo fisiológico. Por ejemplo, un paciente que en reacción al diagnóstico de un cáncer desarrolla una depresión, tendría una depresión psicógena; en cambio, un paciente que desarrolla una depresión que se considera ligada fisiopatológicamente al cáncer, sería diagnosticado de depresión orgánica.

Existen dos sistemas de clasificación: DSM-IV y CIE-10. Entre ellos existe una equivalencia en los diagnósticos. De hecho el DSM-IV toma los códigos de la CIE-10. En el anexo IV puede consultarse la tabla de equivalencia entre ambos sistemas y los criterios diagnósticos resumidos de los trastornos afectivos. El DSM-IV clasifica los trastornos del estado de ánimo en depresivos

y bipolares. Dentro de los trastornos depresivos encontramos básicamente el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. Dentro de los bipolares, el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II y el trastorno ciclotímico. Otros trastornos del estado de ánimo también incluidos en el DSM-IV son el trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto y, en cierto modo, el trastorno esquizoafectivo. (6) El trastorno depresivo mayor es un trastorno del humor heterogéneo clínicamente, que tiene un curso episódico con tendencia a la recurrencia y cuyo diagnóstico se basa en criterios puramente descriptivos sin implicaciones etiológicas. Dentro de los episodios depresivos con que cursa el trastorno depresivo mayor, encontramos un grupo que no es mayoritario pero que, a diferencia del resto, tiene unas características muy específicas que lo dotan de una mayor estabilidad diagnóstica. Se trata de la depresión melancólica, conocida también como depresión endógena, que viene definida como una cualidad del estado de ánimo distinta de la tristeza que experimentamos habitualmente, falta de reactividad del humor, anhedonia, empeoramiento matutino, despertar precoz, alteraciones psicomotoras, anorexia o pérdida de peso significativas, sentimientos de culpa inapropiados y buena respuesta a los tratamientos biológicos (antidepresivos y TEC), así como nula respuesta al placebo. En general, la depresión melancólica es de mayor gravedad que la no melancólica. Las depresiones más graves pueden complicarse con síntomas psicóticos dando lugar a la depresión psicótica, que constituye un diagnóstico muy consistente en el tiempo, pues las recaídas suelen ser también psicóticas e incluso las ideas delirantes tienden a tener el mismo contenido, habitualmente de culpa, ruína e hipocondría. Estas depresiones más graves pueden también complicarse con síntomas catatónicos como son la acinesia, el mutismo, la catalepsia, la flexibilidad cérica, o el negativismo. La depresión mayor no melancólica constituye el grupo mayoritario de los episodios depresivos mayores y es probablemente indistinguible de la distimia en términos cualitativos.

Muchos pacientes con depresión mayor no melancólica sufren otros trastornos mentales del eje I del DSM-IV o trastornos de la personalidad comórbidos. Dentro de este grupo, clínicamente y quizás etiopatogénicamente heterogéneo, se dio el calificativo de depresión atípica a la presentada por pacientes que tenían una mala respuesta a los ATC (Antidepresivos

tricíclicos) en ensayos clínicos realizados en el ámbito hospitalario, caracterizándose por síntomas como humor reactivo, cansancio tipo pesadez de brazos y piernas, aumento de apetito o de peso significativos, hipersomnias, hipersensibilidad al rechazo interpersonal y buena respuesta a los IMAO. A pesar de su nombre, no es una depresión atípica en el entorno ambulatorio. El DSM-IV permite realizar una serie de especificaciones para el trastorno depresivo mayor que hacen referencia a la gravedad del episodio actual (grave, moderado, leve, en remisión parcial, en remisión total), sus características (con síntomas atípicos, con síntomas melancólicos, con síntomas catatónicos, con síntomas psicóticos) y el curso del trastorno (con o sin recuperación interepisódica). El trastorno distímico o distimia es el término que el DSM-IV y la CIE-10 utilizan como prototipo de depresión crónica. Las diferencias con la depresión mayor son de intensidad y duración más que categoriales, siendo práctica habitual el doble diagnóstico en un mismo paciente. Se estima que el 20- 30 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor también cumple los criterios de trastorno distímico, una combinación que se denomina depresión doble. De igual modo, un 40 % de los pacientes con trastorno distímico podrían cumplir criterios de depresión mayor en algún momento de la evolución.

PLAN DE ACTUACIÓN

DETECCIÓN Las herramientas más utilizadas para la detección de la depresión (Escala de depresión de Goldberg, Zung, etc.: Anexo III) son igual de eficaces que formular al paciente estas dos preguntas: – Durante las últimas dos semanas ¿se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado? – Durante las últimas dos semanas ¿ha perdido el interés por sus actividades habituales o el placer en hacer cosas con las que se solía disfrutar? Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos 17 Por tanto, se puede utilizar una escala o esas preguntas como forma de exploración.

Una detección positiva, incluso unida a factores de riesgo (como sexo femenino, historia familiar de depresión, desempleo o enfermedades crónicas) no equivale a diagnóstico. Para ello hay que utilizar los criterios que se describirán en el siguiente apartado.

ANAMNESIS Existe evidencia de la utilidad de un adecuado conocimiento y aplicación de técnicas y habilidades en la entrevista clínica para mejorar la detección y manejo de los problemas de salud mental en la consulta (ver anexo II sobre recomendaciones para la entrevista clínica)(16).

Tabla 1. Anamnesis dirigida a la búsqueda de sintomatología depresiva:

ASPECTOS A VALORAR	PREGUNTAS SUGERIDAS
Ánimo depresivo	-¿Cómo ha estado su ánimo últimamente? -¿Se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado?
Anhedonia	-¿Ha perdido interés en sus actividades habituales? -¿Obtiene menos placer en cosas con las que solía disfrutar?
Pérdida de energía	-¿Se cansa con facilidad? -¿Se siente con menos energía?
Cambios de peso o de apetito	-¿Ha tenido algún cambio en el peso o en el apetito?
Aumento o descenso en la actividad psicomotora	-¿Se ha sentido inquieto, intranquilo, como si no pudiera estar quieto? -¿Se siente enlentecido, como si se estuviera moviendo a cámara lenta o pesado?
Pérdida de concentración	-¿Ha tenido problemas para concentrarse? -¿Le cuesta más tomar decisiones que antes?
Sentimiento de culpa o de inutilidad	-¿Se siente culpable o se culpabiliza por las cosas? -¿Cómo se describiría a sí mismo a alguien que nunca lo hubiera conocido antes?
Alteraciones del sueño	-¿Ha dormido bien últimamente? -¿Cómo lo compara con su sueño normal?
Ideación suicida*	-¿Ha sentido que no merece la pena vivir o que estaría mejor muerto? -Algunas veces cuando una persona se siente decaída o deprimida puede pensar en morirse. ¿Ha tenido algún pensamiento como ese?
Esfera sociofamiliar(10)	-¿Cómo van las cosas en casa, en el trabajo? -¿Hay alguna cosa que le preocupe? -¿Ha vivido alguna situación difícil o conflictiva?

Es importante preguntar y reflejar en la historia clínica la ideación suicida y los factores de riesgo para llevarlo a cabo. No hay evidencia de que preguntar sobre ideas de suicidio aumente el riesgo de realizarlo. Hay alguna evidencia circunstancial de que formando a los médicos de familia para reconocer los factores de riesgo, se reducen las tasas de suicidio.(17) Los factores de riesgo más importantes son la gravedad de la depresión y los planes suicidas como podemos apreciar en la Tabla 2: Tabla 2. Factores de riesgo de suicidio en episodios depresivos.

ESTADO MENTAL ACTUAL	Riesgo relativo
Ideación suicida	
Intento reciente	14
Plan definido	5
Desesperanza	5
Síntomas depresivos graves	3
Síntoma psicóticos (delirios y alucinaciones)	3
Factores de riesgo subyacentes	
Historia de suicidio en familiares de primer grado	4
Duelo	3
Varón	>1
Vivir solo	>1
Enfermedad física	>1
Ingreso reciente en hospital psiquiátrico	>1

Exploración social.

Es necesario realizar una exploración social general con el objetivo de detectar la presencia de indicadores de riesgo social.

EXPLORACIÓN	PREGUNTAS SUGERIDAS	INDICADOR DE RIESGO
Situación familiar	¿Con quien convive y cómo son las relaciones familiares?	Disfunción familiar Malos tratos Convivencia de más de una unidad familiar en la misma vivienda
Red de Apoyo social	¿Qué otras relaciones sociales tiene? ¿Son satisfactorias? ¿Cuenta con su apoyo? ¿En qué emplea su tiempo libre?	Aislamiento social. Escasez de red social . Falta de sistemas de soporte social.
Situación económica / Vivienda. Recursos familiares.	¿Dónde vive? ¿Tiene algún problema económico?	Situación económica precaria Vivienda en zona marginal, hacinamiento, deficiente equipamiento, barreras arquitectónicas.
Situación laboral y ocupacional.	¿En qué trabaja? ¿Existen problemas en su entorno laboral que le afecten?	Problema laboral, Burnout. Situación laboral inestable, estresante y poco gratificante. Bajo nivel de instrucción.
Estrategias personales de afrontamiento.	Cuándo tiene algún problema, ¿qué hace?, ¿pide ayuda?	Escasas estrategias personales de afrontamiento.

Criterios diagnósticos.

F32.0 Episodio depresivo leve Los síntomas más característicos son • Ánimo depresivo • Disminución de interés y de la capacidad de disfrutar • Aumento de la fatigabilidad Al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados en la Tabla 4. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

F32.1 Episodio depresivo moderado Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es alto en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

3.3.- Evaluación de habilidades sociales y de pareja.

El establecimiento de relaciones sociales satisfactorias que permitan a la persona desempeñarse de manera exitosa y saludable en diferentes ámbitos, tanto en los vínculos y relaciones afectivas cercanas, como en la vida profesional, laboral y académica es un factor salugénico de gran importancia. Es por ello que el estudio de las relaciones interpersonales ha sido abordado desde todas aquellas disciplinas que se ocupan del ser humano y sus espacios de actuación. Desde un enfoque cognitivo comportamental, el repertorio de conductas que permiten al individuo relacionarse eficazmente con otras personas han sido definidas como habilidades sociales (HHSS). Estas conductas permiten manifestar actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a una situación, respetando la expresión de esas conductas en los demás (Caballo, 2000). Si bien el enfoque cognitivo comportamental ha sido uno de los modelos teóricos más prolíficos en el estudio del comportamiento interpersonal, en la actualidad,

coexisten diferentes abordajes teóricos orientados a su investigación y a la intervención, los cuales utilizan una terminología diversificada para referirse a estas competencias. Así, se han propuesto diferentes constructos más o menos similares que se utilizan, no siempre correctamente, en forma intercambiable. Desde algunos enfoques vinculados al estudio de la estructura de la personalidad se hace referencia a la existencia de ciertos factores fundamentales que serían comunes a personas de diferentes culturas, y que constituirían formas estables de comportamiento frente a diferentes situaciones. En estos modelos teóricos (tales como el Big Five Factor Model, Costa y Mc Crae, 1999) la tendencia de las personas a la sociabilidad y la facilidad para desempeñarse eficazmente en el medio social se vincula con un buen desarrollo de rasgos, como la extraversión y la amabilidad. El funcionamiento social eficaz de una persona también es explicado por ciertas capacidades básicas para percibir, utilizar, comprender y manejar las emociones propias y las de los demás, subsumidas dentro del concepto general de Inteligencia Emocional (IE). El estudio de la IE se ha abordado desde dos modelos conceptuales: el modelo de habilidad (Mayer, Salovey y Carusso, 2000) y el modelo mixto (Goleman, 1998). Si bien ambos abordajes difieren entre sí en los constructos que se incluyen en el concepto general de IE, ambos coinciden en considerar a este conjunto de habilidades como atributos estables presentes en todas las personas.

Si bien las HHSS se vinculan conceptualmente con los constructos anteriormente revisados, los mismos han sido formulados de acuerdo a un modelo en el cual se supone que la conducta está determinada por variables o atributos personales estables presentes en todas las personas. Desde este modelo de atributo (Fernández Ballesteros, 2000) la conducta de las personas puede ser explicada atendiendo a estos rasgos, más allá de la demanda específica de una situación. Las HHSS se definen desde un modelo comportamental en el cual la explicación del comportamiento humano se fundamenta en el análisis de la conducta, el ambiente en la que esta tiene lugar, las variables personales (e.g., cogniciones, creencias, etc.) y su interacción. Las HHSS son conductas ejecutadas en las interacciones interpersonales que permiten al individuo un desempeño social competente (Prytz Nilsson y Suarez, 2009), atendiendo a los derechos del interlocutor y de sí mismo, de una manera adecuada a la situación y al medio sociocultural en el que está inmerso, maximizando la probabilidad de refuerzo y minimizando la posibilidad de consecuencias socialmente negativas (Caballo, 1993). Gresham (2011) afirma que son

comportamientos que facilitan el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales, contribuyen a la aceptación por parte de colegas y compañeros, y, en los niños, permiten una adaptación escolar satisfactoria. Z. A. P. Del Prette y Del Prette (2010) indican que el concepto de HHSS debe diferenciarse del término competencia social (CP), ya que este refiere a la calidad de la conducta ejecutada según criterios de funcionalidad, es decir, de acuerdo a los efectos del desempeño social del individuo en términos de eficiencia. Desde este punto de vista, la competencia social implica la capacidad de organizar pensamientos, sentimientos y acciones en función de los objetivos y valores del individuo, como así también del escenario situacional y cultural (A. Del Prette y Del Prette, 2008; Gresham, 2011). Por otro lado, el concepto de HHSS tiene un carácter descriptivo y hace referencia al repertorio de conductas necesarias, pero no suficientes, para un desempeño social competente. En este sentido, la posesión de un adecuado repertorio de HHSS no asegura un desempeño socialmente competente, ya que solo será competente si estas habilidades son ejecutadas bajo los criterios de eficiencia mencionados. Sumado a esto, la competencia social muchas veces requiere la posesión de otros tipos de habilidades, por ejemplo, cognitivas. Un factor que determina que la persona pueda desempeñarse en forma socialmente competente son las creencias de autoeficacia social (AS). Olaz (2012) define a la AS como las creencias que una persona tiene acerca de su capacidad para responder en forma adecuada a demandas interpersonales específicas, en la cual las creencias de AS tienen un papel decisivo en las interacciones sociales, ya que ayudan a organizar el conocimiento y las capacidades de ejecución en una acción social competente. Por otro lado, si bien los primeros desarrollos sobre HHSS comienzan con los estudios de la asertividad, a partir del avance en el estudio en este campo se empezó a conceptualizar la asertividad como una clase de habilidad social, dirigida a la autoafirmación y a la defensa de los derechos personales. El estudio de las HHSS ha sido uno de los más productivos en los últimos años, debido a las implicancias que posee en diversos ámbitos, tales como el laboral, educacional, clínico y la psicología del desarrollo, entre otros. Prytz Nilsson y Suárez (2009) afirman que es posible observar una tendencia mundial de crecimiento en la producción de literatura en el área y su extensión en los últimos años a Latinoamérica. Esto queda reflejado en un mayor número de investigaciones que incluyen estudios tanto descriptivos (Contini, Coronel, Levin y Hormigo, 2012; Delevati, Lima, Milka y Silva, 2013;

Matson, Hattier y Turygin, 2012; Rasmussen, Becker, McLennan, Urichuk y Andrew, 2011; Rom y Silvestre, 2012; Smith y Matson, 2010), como ex post facto (Carneiro y Falcone, 2013; Feitosa, Del Prette y Del Prette, 2012; Miers, Blöte y Westenberg, 2010; Milsom y Glanville, 2010) y estudios de eficacia de entrenamientos y programas de intervención (Caballo Escribano y Verdugo Alonso, 2005; Gantman, Kapp, Orenski y Laugeson, 2012; Gresham, Vance, Chenier y Hunter, 2013; León Rubio, León-Pérez, Herrera Sánchez y De la Corte De la Corte, 2013; Saldaña y Cruz, 2013). Coincidiendo con Tornimbeni, Pérez y Olaz (2008), en Psicología la mayor producción científica en un área muchas veces está relacionada a la posibilidad de contar con instrumentos de evaluación para los constructos estudiados. En este sentido, la realización de investigaciones en el área de las HHSS depende en gran medida de la disponibilidad de técnicas de evaluación. Z. A. P. Del Prette y Del Prette (2011) plantean la importancia de disponer de técnicas de evaluación de las HHSS tanto para la investigación como para el ejercicio profesional, ya que los mismos son necesarios para la evaluación de las intervenciones utilizadas para el entrenamiento de estas habilidades. Si bien las técnicas de evaluación de las HHSS son diversas (entrevistas, observación por expertos, autoobservación, pruebas de desempeño de roles, entre muchas otras), estudios bibliométricos sobre la producción científica en HHSS indican que los inventarios son una de las técnicas más empleadas (Bolsoni-Silva et al., 2006; Prytz Nilsson y Suárez, 2009; Reyna y Brussino, 2011). Esto puede deberse a que pueden ser utilizados con muestras amplias, abarcan un número grande de situaciones y comportamientos, tienen un mínimo costo y evalúan de manera objetiva pensamientos y sentimientos en situaciones sociales (Gresham y Elliot, 1984). Si bien históricamente Estados Unidos y Europa han presentado la mayor producción de investigaciones instrumentales sobre HHSS, en Latinoamérica existen grupos de trabajo que se dedican a esta tarea (Reyna y Brussino, 2011). En este sentido, en los últimos años los estudios bibliométricos han sido cada vez más requeridos y utilizados tanto para la cuantificación de la producción como para otros fines, por ejemplo, identificar grupos y áreas de excelencia, asociaciones temáticas, interdisciplinaridad, disciplinas emergentes y redes de colaboración temática (De Filippo y Fernández, 2000). En relación a las HHSS, solo se reportan dos estudios bibliométricos sobre las producciones bibliográfica en Latinoamérica donde se evidencia un crecimiento en esta área durante la última década (Bolsoni-Silva et al., 2006; Prytz Nilsson y Suárez, 2009). Con respecto

a estudios específicos sobre publicaciones instrumentales para evaluar este constructo, únicamente se reporta el trabajo de Reyna y Brussino (2011) cuyo objetivo fue analizar la producción de herramientas para medir competencia social y habilidades sociales en niños en América Latina. Las autoras revisaron las propiedades psicométricas, las dimensiones evaluadas y los países más productivos, aunque no estudiaron acabadamente indicadores bibliométricos específicos tales como productividad, colaboración y análisis de materias, considerados los más importantes para medir y cuantificar la actividad científica (Rueda-Clausen Gómez, Villa-Roel Gutiérrez y Rueda-Clausen Pinzón, 2010). El estudio de cada uno de estos indicadores constituye un considerable aporte, no solo a la evaluación de la actividad científica en materia de psicometría en Latinoamérica, sino también se presenta como una herramienta para quienes se encuentran en la búsqueda de instrumentos de medición de las HHSS para sus estudios empíricos, o simplemente para su práctica clínica cotidiana.

3.4.- Evaluación del comportamiento alimentario.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En esta sección se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Aunque los criterios del DSM-IV permiten a los clínicos diagnosticar un TCA específico, los síntomas con frecuencia se presentan a lo largo de un continuum entre los extremos de la AN y la BN. A menudo, las personas con AN están aisladas socialmente y presentan síntomas de depresión, ansiedad, rasgos perfeccionistas y estilos cognitivos rígidos en su personalidad. En la BN se observa con una alta frecuencia una dificultad para las relaciones interpersonales, problemas con el concepto de sí mismas, una alta impulsividad manifestada por descontrol en la conducta, robos, autolesiones e ideas suicidas, un elevado consumo de sustancias y promiscuidad sexual. Algunas de las características clínicas mencionadas, sobre todo depresión, irritabilidad y obsesividad, pueden ser el resultado de una marcada desnutrición, aunque estén dentro de los márgenes de peso normal, ya que la insuficiencia nutricional y los cambios frecuentes en el peso predisponen a los pacientes a mostrar aspectos psicológicos y biológicos relacionados con la desnutrición²⁷. Incluso en los casos que tienen una evolución positiva (recuperación del peso y de las menstruaciones), pueden persistir síntomas psiquiátricos: distimia, fobia social, consumo de sustancias y síntomas

obsesivo-compulsivos. Se han visto altas tasas de enfermedad psiquiátrica comórbida (TCA y depresión mayor o distimia) en pacientes que buscan tratamiento en centros psiquiátricos de atención terciaria (en el 50-75%), así como en las mujeres que tienen antecedentes de abusos sexuales (en el 20-50%). Algunas investigaciones consideran que los síntomas depresivos, con frecuencia constituyen un síndrome que cumple criterios de trastorno depresivo mayor y como hemos dicho, parecen surgir casi siempre como una consecuencia del TCA. No obstante, hay que considerar que un porcentaje bajo de estos pacientes presentan un cuadro depresivo como una entidad independiente del TCA, siendo necesario, en estos casos, controlar el trastorno del estado de ánimo antes de abordar el tratamiento del TCA²⁸ ya que si no, se puede afectar la implicación del paciente en la terapia.

Anorexia nerviosa Las pacientes anoréxicas presentan síntomas depresivos, con una frecuencia mayor que la población general. Estos trastornos se pueden manifestar con una rica sintomatología como puede ser: tristeza, aislamiento, desesperanza, trastornos del sueño, anhedonia, sentimientos de culpa, autodesprecio, fantasías de muerte e ideación autolítica; aunque estos últimos aparecen con menor frecuencia. M. S. Campos y J. A. Martínez-Larrea 128 ANALES Sis San Navarra 2002, Vol. 25, Suplemento 3 Dada la sintomatología, el diagnóstico es fácil, aunque el significado clínico es incierto. Estos trastornos se pueden considerar como secundarios a las conductas anoréxicas -respuesta frente a la presión social, o una respuesta a los temores a la comida, al aumento de peso y a la obesidad-; íntimamente ligados a los trastornos afectivos, como una manera diferente de manifestación o como parte del cortejo sintomatológico o secundarios a la malnutrición, siendo esta última la más citada en los diferentes estudios, ya que se ha visto que existe una mejoría del estado de ánimo cuando los pacientes recuperan peso²⁸ aunque todavía no se han definido los síntomas afectivos de la desnutrición. Aspectos clínicos y epidemiológicos Más del 60% de las pacientes anoréxicas cumplen criterios de depresión en algún momento de su evolución, aunque en muchas ocasiones, los síntomas depresivos aparecen durante el año que sigue al inicio del TCA. Aunque se ha visto que la gravedad de la depresión se asocia a la gravedad de los síntomas anoréxicos, la depresión mayor no se correlaciona con el pronóstico de la AN. Se ha observado un mayor índice de episodios depresivos mayores en las pacientes que en alguna ocasión habían mostrado conductas de purga (96%) que en aquellas con un cuadro puramente restrictivo (66%)²⁹. Además los

síntomas depresivos disminuyen en las pacientes que no tienen clínica activa. En estudios recientes, se ha visto que el 40% de las pacientes con AN que cumplen diagnóstico de depresión, se autoagreden y verbalizan ideas de suicidio, y el 20% las lleva a cabo³⁰. Estos antecedentes de riesgo autolítico corroboran de alguna manera que estas pacientes sufren, en algún momento de la enfermedad, graves trastornos del humor. Aunque no siempre se han encontrado relaciones entre los antecedentes familiares de trastorno afectivo, sobre todo de depresión mayor, y la AN, en numerosos estudios se sugiere que la prevalencia a lo largo de la vida para la depresión en los familiares es de 10 a 15 veces mayor que en la población normal. Aunque existe una asociación entre los trastornos afectivos (depresión mayor y distimia) y la AN, no se ha podido establecer una correlación entre éstos y los marcadores neuroendocrinológicos. Recientemente, otros autores sugieren que los rasgos de personalidad obsesiva en los familiares de las pacientes con AN, podrían considerarse un factor de mayor vulnerabilidad a la enfermedad²⁸. El curso y la aparición de los trastornos afectivos tienen una evolución distinta de la AN, además, se ha visto que pacientes recuperadas podrían desarrollar trastornos depresivos mayores con mayor frecuencia que la población normal. Bulimia nerviosa Se sabe que existe una fuerte asociación entre la BN y los síntomas depresivos, existiendo en los trastornos más graves una elevada frecuencia de tristeza, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño e ideación autolítica. Al igual que en la AN, una de las cuestiones que se plantea en esta asociación es si estos síntomas depresivos son o no específicos de un trastorno afectivo, o si, por el contrario, son secundarios al TCA. Para algunos autores existe una estrecha relación entre ambas entidades, de modo que, en muchos casos, los síntomas depresivos pueden preceder a la BN, aparecer simultáneamente como una entidad clínica en sí mismos o ser considerados formas atípicas de depresión. Los estudios de familiares, las similitudes neuroendocrinológicas entre ambos trastornos y los estudios de respuesta terapéutica a los antidepresivos sugieren que la BN es una variante del trastorno afectivo, es decir una entidad clínica independiente³¹. Sin embargo, otros autores defienden la hipótesis de que los síntomas depresivos son secundarios al TCA y a todo su cortejo sintomático, como es el sentimiento de fracaso condicionado por la pérdida de control y los sentimientos de culpa, vergüenza y humillación provocados por la propia enfermedad, en

pacientes muy preocupadas por su aspecto físico³². Se basan, para defender este planteamiento, en la edad de inicio de los síntomas afectivos.

TRASTORNOS AFECTIVOS: ANÁLISIS DE SU COMORBILIDAD EN LOS TRASTORNOS...

ya que éstos en la BN aparecen de forma muy precoz si los comparamos con los trastornos afectivos endógenos. También sugieren que la clínica depresiva de la BN tiene muy poca consistencia y aparentemente una fenomenología distinta (fluctuaciones anímicas, siendo frecuente la presencia de humor disfórico previo a los episodios de ingesta voraz)³¹. No obstante, se ha encontrado una correlación entre las oscilaciones del estado de ánimo y las conductas bulímicas, siendo los síntomas depresivos más intensos cuanto más graves son estas conductas y a la inversa²⁸. Por otro lado, inicialmente, se sugirió que la BN podría asociarse a formas atípicas de depresión, con humor disfórico, hiperfagia y exacerbación de síntomas vegetativos, ya que el 35% de las bulímicas estudiadas presentaban depresión atípica³³. Los estudios psicopatológicos en BN, los marcadores biológicos y los estudios familiares ponen de manifiesto la posible relación existente entre trastornos afectivos y la BN. La alta prevalencia de trastornos afectivos en los familiares de primer grado, de pacientes con BN oscilan entre el 9 y el 65%. Sin embargo, aunque estos resultados parecen indicar una base biológica, esta variabilidad en las tasas puede deberse a que no se precisa con qué tipo de trastorno afectivo se establece la asociación³¹. Las alteraciones de la ingesta en las pacientes con vulnerabilidad genética, podrían interpretarse como maniobras defensivas encaminadas a mitigar un estado disfórico previo. No obstante, las pacientes diagnosticadas de BN con síntomas depresivos en comparación con población normal presentan puntuaciones más altas en síntomas de tipo obsesivo, ansiedad e hipomanía así como un mayor desajuste social. La similitud, por tanto, parece superficial y con un patrón de síntomas diferente, concluyéndose, que los síntomas de ansiedad y depresión asociados son secundarios a la BN. Por otra parte, se ha mencionado la posible relación entre la BN y el trastorno afectivo estacional, debido a la observación de que en algunos pacientes los síntomas.

Evaluación psicométrica.

Está constituida por distintas pruebas que exploran los hábitos alimentarios, pensamientos relacionados con ello y con el cuerpo y psicopatología asociada. Otras se centran en el estudio de la imagen corporal y, finalmente, disponemos de pruebas para valorar la comorbilidad.

Eating Attitudes Test de Garner y Garfinkel (EAT-40), 1979 (1).

Cuestionario diseñado para evaluar la patología alimentaria. Las características más relevantes del test son:

- Consta de 40 cuestiones, sobre síntomas y conductas típicas de anorexia.
- Cada cuestión tiene 6 posibles respuestas (desde nunca hasta siempre) de las que tres se puntúan con 1, 2 o 3. El resto con 0.
- La puntuación máxima sería 120, a más puntuación más gravedad del trastorno. Se considera punto de corte clínico 30 puntos.
 - Los factores que agrupan a los diferentes ítems son conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso.
- El EAT es el cuestionario autoaplicado más usado, de fácil utilización, ya que requiere de un nivel de lectura comprensiva equivalente a quinto año de primaria. Su fiabilidad test-retest oscila entre el 77 y 95%, con valor predictivo positivo del 82% y predictivo negativo del 93%.

Eating Behaviours and Body Image Test for Preadolescent Girls (EBBIT) Candy y Fee, 1998

Describe síntomas que indican posibles TCA. Consta de 38 cuestiones divididas en dos subescalas, una basada en la restricción en la ingesta y la preocupación por la imagen corporal y otra en el trastorno por atracón. Este instrumento ha sido recientemente validado en población española.

Sick Control on Fat Food (SCOFF) de Morgan, Reid y Lacey, 1999

Indica la presencia de señales de alarma. Consta de cinco ítems a los que se responde sí o no. Por cada SI se considera 1 punto y 2 o más puntos indican con alta probabilidad un caso de anorexia o bulimia nerviosas. Dichos ítems indican vómitos autoinducidos, temor a la ingesta descontrolada, pérdida de peso, alteraciones de la imagen corporal y dependencia de la comida, respectivamente.

Eating Disorder Inventory-2 de Garner (EDI-2), 1991.

Se trata de una prueba que proporciona datos sobre los aspectos psicológicos y conductuales de estos trastornos. Consta de diferentes subescalas: deseo de delgadez, síntomas bulímicos,

insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a madurar, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

En esta prueba la puntuación de cada subescala tiene más valor que la puntuación total, no hay puntos de corte. Resulta muy interesante su uso para ver la evolución psicológica durante el tratamiento, y la escala de deseo o tendencia a la delgadez, se ha usado como prueba de screening (Mitchell et al., 1990).

- Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme
 - Creo que mi estómago es demasiado grande
- Suelo comer cuando estoy disgustado
- Pienso en ponerme a dieta
 - He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer
- Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso
 - Pienso en vomitar para perder peso
- Como o bebo a escondidas.

Cuestionario autoaplicado para bulimia, de Henderson y Freeman (1987), Test de Edimburgo (BITE) (6)

Tiene 33 cuestiones y se usa para detectar personas con síntomas bulímicos, así como para evaluar la intensidad de un cuadro clínico presente. Durante el tratamiento sirve, como los anteriores, para evaluar los cambios. Tiene una escala de síntomas y otra de severidad. En la primera, una puntuación de 20 indica alta probabilidad de existencia de bulimia nerviosa. En la escala de severidad, más de 10 puntos indica gravedad y entre 5 y 10, una intensidad significativa.

Food Craving Questionnaire-Trait y Food Craving Questionnaire-State (FCQ-T, FCQ-S) de Cepeda-Benito, 2000 (7)

Mide el food craving como rasgo (deseos de comer característicos de la persona) y como estado (deseo de comer en un momento determinado). El primero consta de 39 cuestiones y el segundo de 5. Sus propiedades psicométricas en nuestro medio han sido estudiadas por Moreno -Domínguez (2001).

Escala de Observación de Conducta Anoréxica, de Vandereycken (1992), para padres y pareja (ABOS) (8).

Es un cuestionario autoaplicado que evalúa los conocimientos que la familia tiene sobre la sintomatología. Tiene 30 cuestiones con una puntuación máxima de 60. Con 19 o más puntos hay alta probabilidad de enfermedad, las alteraciones son significativas. Disgust Sensitivity Questionnaire de Haidt, McCauley & Rozin, 1994 (9) Versión española de Valiente RM, Sandín B.

Disgust Scale-RevisedSpanish (DS-RS).

Consta de 27 ítems que miden la sensibilidad a un número de estímulos que potencialmente pueden provocar repugnancia. Incluye la sensibilidad al asco hacia animales, productos para el cuerpo, la muerte violaciones cerradas, contagios, comida y sexo. Cada escala contiene ítems en los que los sujetos deben contestar si están de acuerdo o no con lo expuesto e n cada uno de ellos, y otros ítems en los que dichos sujetos deben contestar nada/poco/mucho según la repugnancia subjetiva a lo indicado en cada uno de ellos.

- Estaría dispuesto/a a probar carne de mono en algunas circunstancias
- Me molesta oír a alguien aclararse la garganta llena de mucosidad
- Aunque tuviera mucha hambre, sería incapaz de tomar un tazón de mi sopa favorita si hubiese sido removida con un matamoscas usado pero bien lavado
- Repugnancia a...
- Ver a alguien poner salsa de tomate en helado de vainilla y comérselo
- Accidentalmente tocar las cenizas de una persona recién incinerada
- Ir caminando descalzo/a y pisar una lombriz
- Un amigo/a le ofrece un pedazo de chocolate con forma de caca de perro

EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Para la evaluación de la imagen corporal deben tenerse en cuenta los aspectos perceptivos de la misma (distorsión o grado de inexactitud con que estimamos las dimensiones corporales), así como las actitudes, cogniciones y, en definitiva, los aspectos afectivos ligados a la imagen. Para todo ello se han usado pruebas psicométricas, estimación del tamaño de partes del cuerpo (marcado de la imagen por ejemplo) y estimación corporal global (mediante fotografía o vídeo). Desde de punto de vista psicométrico las pruebas más destacadas son: Body Shape

Questionnaire (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987 (10) Cuestionario que trata de medir la ansiedad ante el propio cuerpo. Consta de 34 cuestiones con 6 posibles respuestas. Puntuaciones iguales o superiores a 105 se consideran de claro riesgo. Las respuestas son: 1= nunca, 2= raramente, 3= algunas veces, 4= a menudo, 5= muy a menudo, 6= siempre.

- Cuando se aburre, ¿se preocupa por su figura?
- ¿Le ha preocupado que su carne no sea suficientemente firme?
- ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento le ha hecho sentirse gorda/o?
- ¿Se ha imaginado cortando partes grasas de su cuerpo?
- ¿Ha pensado que tiene la figura que tiene a causa de su falta de autocontrol? • ¿Ha vomitado para sentirse más delgada/o? • ¿Ha pellizcado zonas de su cuerpo para ver cuánta grasa hay?

Body Attitudes Test (BAT) de Coppenolle, Probst, Vandereycken, Goris y Meerman, 1984 (11)

20 cuestiones y 3 subescalas. Se mide el grado de satisfacción hacia la propia imagen corporal y la actitud hacia ella.

Body-Self Relations Questionnaire (BSRQ) de Winstead y Cash, 1984 (12)

140 cuestiones. Se mide el grado de acuerdo /desacuerdo con la imagen corporal. Body Image Anxiety Scale (BIAS) de Reed, Thompson, Brannick y Sacco, 1990 (13) Para medir específicamente la ansiedad asociada a la imagen corporal.

Body Appreciation Scale (BAS) Jáuregui I, Bolaños P (The Spanish Journal of Psychology, 2011) (14)

Estudio de los aspectos positivos de la imagen corporal y consta de 13 ítems.

- Respeto mi cuerpo
- A pesar de los defectos, acepto mi cuerpo tal como es
- Mi autovaloración es independiente de la forma de mi cuerpo o de mi peso
- No pierdo mucho tiempo en preocuparme por la forma de mi cuerpo o por mi peso
- Tengo hábitos sanos para cuidar mi cuerpo

Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI-SP) Jáuregui I, Bolaños P (International Journal of General Medicine, 2011) (15)

Es útil para determinar la calidad de vida en función a la imagen corporal en diferentes condiciones físicas. Comprende 19 ítems. Respuestas: Mi imagen corporal afecta a... -3= de manera muy negativa, -2= de manera moderadamente negativa, -1= de manera ligeramente negativa, 0= no tiene ningún efecto, 1= de manera ligeramente positiva, 2= de manera moderadamente positiva, 3= de manera muy positiva.

- Cómo me siento básicamente a mi mismo (es decir, a mis sentimientos de ser una persona adecuada y valiosa)
 - Mis relaciones con personas del mismo sexo
 - Mis experiencias en el trabajo o en la escuela
 - Mis emociones cotidianas
 - Mi capacidad de controlar qué y cuánto como
 - Mis actividades o prácticas de ejercicio físico
 - La medida en que me siento feliz en mi vida diaria.

Thought-Shape Fusion Questionnaire (TSF-Q) (16) Versión española: Jáuregui I, Santed MA, Shafran R, Santiago MJ, Estébanez S (Nutr Hosp 2011).

Mide la fusión entre los pensamientos sobre alimentos y la forma o imagen corporal. Consta de 34 ítems mediante los cuales se obtienen dos puntuaciones, una para la escala conceptual y otra para la interpretativa.

- Escala conceptual o El pensamiento de comer chocolate / Pensar en comer chocolate es casi tan inaceptable para mí como realmente comer chocolate o Pensar en romper mi dieta, hace que quiera comprobar en el espejo que no parezco más gordo/a o Mi forma (corporal) puede cambiar realmente, tan sólo planeando comer “comida que engorda”
- Escala interpretativa o “El hecho de que piense en comer alimentos prohibidos o comida que engorda significa que...”
 - ♣ ...soy un/a cerdo/a
 - ♣ ...voy a ganar peso
 - ♣ ...estoy fuera de control

♣ ...soy una persona codiciosa

Coping Strategies Inventory (CSI) de Cano García et al., 2007 (17)

72 ítems que exploran las estrategias utilizadas ante situaciones conflictivas. El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. En el cuestionario, la persona debe describir un hecho o situación que haya sido muy estresante ocurrida durante el último mes. A continuación debe responder a una lista de afirmaciones basándose en la forma de manejar la situación descrita. Las respuestas son: 0 = en absoluto, 1= un poco, 2= bastante, 3= mucho; 4= totalmente.

- Luché para resolver el problema • Encontré a alguien que escuchó mi problema
- Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo
 - No dejé que nadie supiera cómo me sentía
 - Me fijé en el lado bueno de las cosas
 - Evité pensar o hacer nada
 - Traté de ocultar mis sentimientos
 - Me critiqué por lo ocurrido
 - Me consideré capaz de afrontar la situación

Questionnaire of Influences on Body Shape Model (CIMEC-V) (18)

Este cuestionario mide los siguientes factores: Actitudes hacia la pérdida de peso, ansiedad relacionada con el cuerpo, influencias interpersonales, influencia de modelos corporales ideales, influencias familiares, influencia del grupo de amigos, influencia de la publicidad, preocupación relacionada con la gordura, preocupación por ser delgado, influencia de los modelos sociales. Hay un modelo para hombres y otro para mujeres. Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices/ los actores fijándote especialmente en si son gruesas/os o delgadas/os?

- ¿Tienes algún/a amigo/a o compañero/a que haya seguido o est é siguiendo alguna dieta adelgazante?

- Cuando comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?
- ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?
- ¿Envidias la musculatura de algunos actores?
- ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de tus caderas?
- ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los anuncios de prendas de vestir?
- ¿Has comido alguna vez más de lo normal para aumentar el peso o el volumen de tu cuerpo?

VALORACIÓN DEL CLIMA FAMILIAR

Dado que la familia es importante en cualquier momento evolutivo que se considere (puede ser importante en el origen, en el mantenimiento, en la solución del problema...), no debe dejar de medirse el clima familiar. Está muy claro a estas alturas que no hay una familia típica de anorexia o bulimia, etc., pero también está claro que la familia sufre los efectos de la enfermedad y la dureza de lo prolongado del tratamiento, no siempre con una evolución positiva.

Escala de Clima Familiar (FES) de Moos, 1986 (19)

Tal vez el instrumento más usado en este ámbito. Evalúa las características de las familias en tres aspectos: las relaciones entre sus miembros, los aspectos de desarrollo más importantes y la estructura familiar básica.

Parental Bonding Instrument (PBI) (Parker, Tuplin & Brown, 1979 (20)

En su adaptación al castellano realizada por C. Ballús-Creus, 1991) (21) Mide la percepción del individuo sobre el vínculo parental en términos del cuidado y la sobreprotección antes y después de los 16 años. Consta de 25 preguntas que se repiten 4 veces que muestran actitudes y comportamientos: Percepción de dicho vínculo con la madre antes y después de los 16 años y percepción de dicho vínculo con el padre antes y después de los 16 años. Aparecen diferentes actitudes y comportamientos y los individuos deben responder marcando las opciones mucho, bastante, poco o nada, en relación con sus padres.

- Me habla con una voz cálida y amigable.
- No me ayuda lo suficiente

- Le gusta que yo tome mis propias decisiones
- No me hace sentir querido/a
- Tiende a tratarme como un niño/a
- No parece entender qué es lo que yo necesito o quiero
 - Es sobreprotectora conmigo
- No me alaba, ni felicita ni elogia
- Me deja vestir de acuerdo con mis gustos
- Habla muy poco conmigo.

Escala de Ajuste Marital (E.A.M.) (Locke- Wallace, 1959 (22)-

Adaptación: J.A. Carrobles) (23) Se evalúa la satisfacción marital global. Consta de 15 ítems que analizan el grado de felicidad marital, así como el grado de acuerdo percibido por cada uno de los miembros de la pareja: administración de las finanzas familiares, ocio o distracciones, demostraciones de afecto, amigos, relaciones sexuales, convencionalismos, filosofía de la vida o modos de tratar a los parientes y familiares, entre otros.

OTROS ASPECTOS Y PRESENCIA DE PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA Hay que individualizar en cada caso las pruebas en función de los hallazgos de la exploración psicopatológica. No obstante, por lo frecuente de su utilización, destacamos las pruebas más comunes. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, 1970 (24) Se usa para medir ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Los decatipos de 0 a 5 indican baja ansiedad, de 6 a 7, intensidad media, y más de 7, elevada ansiedad. Las respuestas son: nada, algo, bastante, mucho.

- Me siento calmado
- Estoy contrariado
- Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras
- Me siento aturdido y sobreexcitado
- En este momento me siento bien Cuestionario de Estrés Percibido (PSQ) (25) Diseñado para medir el nivel de estrés percibido por la propia persona de forma habitual y en el momento de completar el cuestionario. Consta de 30 ítems que se repiten en dos momentos temporales: durante los últimos uno o dos años y lo ocurrido exclusivamente en el último mes. Cada ítem se responde con las respuestas casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre.

- Se siente descansado
- Siente que se le hacen demasiadas peticiones
 - Se siente solo o aislado
- Se siente frustrado
- Se siente alegre
- Siente que hace cosas por obligación, no porque quiera hacerlas
 - Se siente presionado por los plazos de tiempo

Beck Depression Inventory (BDI) de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961 (26)

Mide la intensidad de la depresión y sirve para screening de depresión en población general. Tiene 21 cuestiones con cuatro niveles de respuesta. Pueden categorizarse ausencia de depresión (0 a 9), distimia (10 a 15) y depresión (más de 15).

- No me siento triste
 - Me siento triste
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
- Duermo tan bien como siempre No duermo tan bien como antes Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

College Self-Esteem Scale (CSES) de Galassi et al., 1974 (27)

Se utiliza para la medida de la autoestima. Tiene 50 cuestiones con cinco niveles de respuesta. Se pueden establecer los siguientes niveles: asertividad baja (de 0 a 104), media (de 105 a 125) y alta (más de 125).

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), 1979 (28)

Consta de 10 cuestiones con cinco niveles de respuesta. A más puntuación mejor autoestima. Puede hablarse de baja autoestima (de 0 a 24), media (de 25 a 30) y alta (más de 30).

- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.
 - Creo que tengo varias cualidades buenas.
- Desearía valorarme más

- A veces me siento verdaderamente inútil.
- Puedo hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente. Actitudes frente al cambio en pacientes con trastornos de conducta alimentaria (ACTA) de Beato y Cano, 2003 (29) Es un cuestionario autoaplicado para valorar las actitudes hacia el cambio en pacientes con trastornos alimentarios. Consta de 59 cuestiones para seis subescalas (precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y recaída).

Cuestionario de Síntomas, SCL-90-R, de Derogatis, 1977 (30)

Mide nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar. Las dimensiones medidas son somatización, obsesióncompulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Se responde: nada en absoluto, un poco, moderadamente, bastante, mucho o extremadamente.

- Dolores de cabeza
- Nerviosismo o agitación interior
- Falta de apetito
- No sentir interés por nada
- Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad • Náuseas o malestar en el estómago
- La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando
- Dificultad para conciliar el sueño
- Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo
- Dificultad en tomar decisiones
- Sentirse desesperanzado con respecto al futuro
- Tener ganas de romper o estrellar algo • Sentimientos de culpabilidad

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II, 1987) (31)

Existen muchos cuestionarios de personalidad. Este es uno de los más utilizados. Existe una versión para adolescentes (Millon Adolescent Clinical Inventory, MACI, 1993) y un Índice de Estilos de Personalidad (MIPS) de Millon (1994) para evaluar estilos de personalidad que implican un funcionamiento normal en adultos.

CUESTIONARIOS NUTRICIONALES

- Recuento de 24 horas: La persona describe de forma detallada todo lo que bebió y comió en el día inmediatamente anterior a la entrevista. Debe especificar cada una de las ingestas e indicar las cantidades de la forma más precisa.
- Cuestionario de frecuencia de consumo: Se señala la frecuencia diaria/semanal/mensual con la que se consume cada uno de los alimentos del cuestionario de forma habitual.
- Escala analógico-visual de dispepsia funcional: se señala en cada una de las escalas el grado en el que se manifiestan síntomas de dispepsia funcional: plenitud, saciedad precoz, hinchazón o gases, entre otros
- Valoración del grado de adherencia al patrón de dieta Mediterránea: consta de 14 preguntas acerca de la adherencia a la dieta Mediterránea.

Nepean Dyspepsia Index-Short Form (NDI-SF) (32)

Versión española: Jáuregui I, Santed MA, Bolaños P (Nutr Hosp 2011). Estudia la calidad de vida en pacientes con dispepsia funcional. Este aspecto es de gran importancia por su influencia en el tratamiento nutricional en TCA. Las respuestas son 1= nada, 2= un poco, 3= moderadamente, 4= bastante, 5= muchísimo.

- ¿Se ha visto alterado tu bienestar emocional?
- Tu capacidad para involucrarte en lo que te divierte (salir, hacer deporte, hobbies,...) ¿se ha visto alterada?
- ¿Te has preguntado si siempre padecerás estas molestias?
- ¿Se ha resentido tu capacidad de disfrutar con el estudio o el trabajo?

Irrational Food Believes Scale (Escala de creencias irracionales acerca de los alimentos) (33)

Versión española (Jáuregui I, Bolaños P, 2010). Analiza los conocimientos acerca de la alimentación. Consta de 57 ítems , mostrando algunos de ellos pensamientos irracionales y otros pensamientos racionales, que los sujetos tendrán que contestar en una escala de 1-4, siendo 1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo y 4 completamente de acuerdo.

- La comida es un sustituto del placer
- Comer sano no lleva más tiempo que hacerlo de forma insana

- El ejercicio puede anular los efectos de una mala alimentación
- Las reuniones sociales no son tan divertidas sin comida
 - Si nadie me ve comiendo algo, las calorías no cuentan
- El desayuno es la comida más importante del día
 - No ganarás peso por nada que comas antes de las ocho de la tarde
 - Comer sano puede reducir el riesgo de algunas enfermedades como el cáncer, la diabetes o la enfermedad coronaria.

Food Craving Inventory (FCI-SP) (34) Versión española: Jáuregui I, Bolaños P, Carbonero R, Valero E (Nutr Hosp 2010). Mide el “Food craving”, deseo intenso de consumir un alimento. Consta de 28 items que miden 3 factores:

- Azúcares simples/grasas trans
- Hidratos de carbono complejos/proteínas
- Grasas saturadas/alto contenido energético.

Food Choice Questionnaire (FCQ-SP) (35) Versión española: Jáuregui I, Bolaños P (Nutr Hosp 2011). Compuesto por 36 items que miden los factores que motivan la elección de alimentos por parte de los consumidores. Mide 9 dimensiones motivacionales: salud, estado de ánimo, comodidad, atractivo sensorial, contenido natural, precio, control de peso, familiaridad y preocupación ética.

Listado de alimentos en pacientes con TCA Se muestran grupos de alimentos y los pacientes deben señalar:

- Alimentos incluidos en la dieta habitualmente
- Alimentos incluidos en la dieta excepcionalmente
- Alimentos que evita
- Alimentos que ingiere durante los atracones

Registros semanales de comidas.

Son poco precisos. Indican la frecuencia de consumo de alimentos. Con el uso exclusivo de los registros no se conoce la cantidad exacta. Son frecuentes las discusiones entre paciente y familiares por la cantidad. En ocasiones, anotan los motivos que les llevan al ayuno, atracón o emociones que sienten en las comidas (utilidad para conocer sus miedos y para el tratamiento psicológico).

Fotografía digital.

Se obtiene mayor precisión que con los registros. Se deben realizar antes y después de las comidas para conocer la cantidad exacta. Las 5 comidas deben ser fotografiadas. Realizar fotos de las comidas ayuda a mejorar la presentación de los platos, lo que facilita el esfuerzo de las pacientes durante las comidas. Se detectan hábitos que los pacientes y familiares no cuentan y que no reflejan en el registro, como el tipo de zumo, de yogur o el uso de alimentos precocinados. Se realiza una mejor indicación de las cantidades, adaptadas a las necesidades del paciente. Se puede observar mejor la evolución del paciente.

3.5.- Evaluación de problemas infantiles y adolescentes.

La evaluación de la población adulta, heredando los mismos problemas y limitaciones (Del Barrio, 1995). Hasta bien entrados en el s. XVIII el niño era considerado como un adulto en miniatura, incluso desde marcos teóricos diferentes se ha considerado al niño como sujeto a las mismos principios que el adulto. Sólo será a partir de los años 70 cuando esta manera de entender al infante cambie, reconociendo las peculiaridades propias del desarrollo infantil, aunque las tareas de evaluación infantil permanecerán durante largo tiempo centradas fundamentalmente en la clasificación y el diagnóstico (Valero, 1997).

Es a partir de los años 80 cuando la evaluación se dirige a la planificación y verificación de los resultados del tratamiento (Shapiro y Kratochwill, 1988). En general, tanto la evaluación clínica adulta como la infantil han sido conceptuadas desde perspectivas que defendían (y defienden) presupuestos distintos a la hora de entender los distintos trastornos psicológicos. En este sentido podemos señalar que existe un hecho histórico que marca una ruptura conceptual tanto en la evaluación adulta como en la infantil. Nos referimos a la diferenciación entre la evaluación tradicional y la evaluación conductual, aunque hoy en día, en el estado actual de la evaluación infantil esta diferenciación no está clara, dado que la evaluación conductual no puede entenderse de una forma integrada, sino más bien difuminada en distintas tendencias, una de las cuales sería la evaluación múltiple (Luciano, 1997; Zaldivar, 1998; Fernández Ballesteros, 1994).

Entre la evaluación tradicional y la evaluación conductual existen múltiples diferencias. Una de estas diferencias se refiere al modo de conceptuar la conducta y al tipo de variables explicativas

sobre el origen y el mantenimiento del comportamiento problema. Obviamente desde marcos conceptuales distintos se ha de esperar que las técnicas de evaluación generadas sean cualitativamente distintas, aunque la realidad sea algo diferente.

Desde la aproximación tradicional se aboga por la evaluación de constructos de personalidad para averiguar la/s causa/s de la/s conducta/s alterada/s. Desde este punto de vista, la conducta tiene un valor de “síntoma” que reflejaría causas subyacentes. Desde esta perspectiva, la valoración de la psicopatología se ha realizado a partir de una serie de técnicas indirectas de evaluación en las que se englobarían: las técnicas proyectivas, test, técnicas subjetivas, etc. Este tipo de instrumentos se han construido sobre el presupuesto de que la conducta es consistente respecto a la variabilidad del contexto.

Por otro lado, la evaluación conductual se considera un proceso en el que el clínico toma decisiones sobre las variables que se suponen relevantes en el mantenimiento del problema, a partir de las cuales desarrolla el plan de intervención. Las características fundamentales señaladas a la evaluación conductual quedan resumidas en las siguientes (Mash y Terdal, 1981): a) uso de la observación sistemática; b) orientada a detectar la naturaleza, desarrollo y valoración del cambio conductual; c) entiende la conducta como una muestra del repertorio del sujeto; d) concibe el proceso evaluativo como un proceso continuo en el que se recogen medidas antes, durante y después de la intervención; y e) interpreta los datos desde un nivel de inferencia mínimo.

No obstante, bajo el rótulo de evaluación conductual se agrupan una gama de técnicas de evaluación, que se valoran de forma distinta en función del marco conceptual o teórico que se adopte de partida. Prueba de ello son los supuestos o principios que se enmarcan de manera diferencial en la evaluación cognitivo-conductual respecto a la evaluación conductual-funcional que se sintetizan en los siguientes (Zaldivar, 1998): a) la evaluación cognitivo conductual hace uso de los sistemas de clasificación psiquiátricos (tipo DSM y CIE) u otras estrategias como la de la “conducta clave” frente al uso de los análisis funcionales; b) evalúa el triple sistema de respuesta en lugar de entender la conducta como un todo producto de la interacción entre el organismo y su ambiente; c) usa de forma desproporcionada procedimientos indirectos (cuestionarios, escalas...) más que directos (observación); d) incluye constructos teóricos intrapsíquicos como responsables de la conducta en menoscabo de las influencias ambientales;

e) sobrevalora las evaluaciones estructurales de la conducta frente a las funcionales y f) está más interesada por las garantías psicométricas del instrumento y la integración de enfoques teóricos distintos, más que por la evaluación funcional de la conducta.

Algunos autores señalan que una adecuada evaluación, debido a los diversos factores implicados en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta, debería incluir múltiples métodos (evaluación multimétodo) (entrevista, observación directa, cuestionarios, etc.), administrados a distintas personas (padres, maestros, propio niño, etc.) y referidos a distintos contextos (casa, colegio, etc.), así como incluir una evaluación tanto familiar como extrafamiliar (McMahon, 1987). No obstante, no queda justificado claramente el hecho de llevar a cabo una evaluación multimétodo, entre otras razones por los escasos apoyos empíricos de esta evaluación (Kessler, 1988; citado en Luciano, 1997). Además se debería tener en cuenta que en muchas ocasiones la evaluación multimétodo supone: a) un costo personal y profesional a la hora de integrar la información recogida; b) numerosas exigencias y requisitos para la familia; y c) el establecimiento de diversos diagnósticos con los efectos estigmatizantes que ello conlleva y que se han recogido ampliamente en la literatura (Fernández Parra y Luciano, 1997; WicksNelson e Israel, 1996; Bijou, 1976; Eikeseth y Lovaas, 1992). Asimismo, la cantidad de datos recogidos mediante este tipo de evaluación no está necesariamente relacionada con la calidad de la información.

En general, desde un punto de vista conductual-funcional, se aboga por un proceso de evaluación mínimamente intrusivo en el que aboga por la valoración previa de la utilización de múltiples instrumentos, de múltiples fuentes, etc. en el primer contacto de la evaluación, especialmente respecto al uso de evaluaciones fisiológicas y neuropsicológicas. En relación con esta última evaluación podemos indicar que no todos los problemas psicosociales que presentan los niños necesitan una evaluación neurofisiológica o fisiológica, debido al coste personal y material que ello conlleva y a la escasa utilidad de cara al tratamiento.

No obstante, podríamos indicar algunas razones sobre la importancia de este tipo de evaluación. En primer lugar, algunos trastornos infantiles (autismo, , retraso en el desarrollo, dolor de cabeza, rumiación, asma, etc.) pueden implicar alteraciones a nivel fisiológico y su medición podría ser esencial de cara la tratamiento. Hay cierta evidencia de que en algunos problemas de comportamiento (hiperactividad, trastornos de la atención, etc.) existe una

alteración a nivel fisiológico en cuyo caso un tratamiento combinado médico y conductual podría ser el plan a seguir para obtener adecuados resultados. Desde una perspectiva conductual-funcional, la información recogida a partir de la entrevista inicial no sólo se centrará en el comportamiento problema sino que también se obtendrá información sobre los aspectos positivos del repertorio del niño. Asimismo se valorará la motivación para el cambio de las personas que consultan y el clínico decidirá sobre la conveniencia de usar otros instrumentos, de entrevistar a otras personas, etc. a fin de corroborar o contrastar la información inicial. Asimismo la evaluación del comportamiento infanto-juvenil con vista a intervenir se centrará en obtener información detallada de distintas áreas o aspectos como los que se señalan a continuación (Luciano, 1997; Gómez, 1999; Mash y Terdal, 1981):

- 1) Descripción del problema consultado a dos niveles: global, a través de entrevistas abiertas, y específico, a través de observación; a fin de delimitar los eventos antecedentes, los parámetros de la respuesta, las consecuencias reforzantes y las relaciones de contingencia;
- 2) Funcionamiento global del niño (rutina semanal), repertorio social y académico, tendencias personales (reacciones ante situaciones de frustración, espera, autocontrol, etc.) y motivacionales, estado biológico general y funcionamiento intelectual. Esta información puede recabarse a través de entrevistas y si se estima oportuno mediante escalas y cuestionarios.
- 3) Historia de los comportamientos problemáticos, es decir, datos de los déficit o excesos comportamentales (momento y forma de su detección, por quién, etc.). Estos datos se obtendrán mediante entrevista más o menos estructuradas en función de los recursos y del tiempo disponible.
- 4) Información relativa a las creencias, actitudes y reacciones de los padres, profesores y otras personas implicadas directamente en el comportamiento problema. Esta información se recabaría a través de entrevista y se complementarían con registros de observación.
- 5) Información acerca de las condiciones físico-contextuales (condiciones de hábitat, aspectos sociodemográficos, recursos disponibles en la familia, etc.) que puede ser obtenida a través de entrevista.

CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN INFANTO-JUVENIL

El proceso de evaluación infanto-juvenil se rige por los mismos principios, métodos y procesos que la evaluación del adulto, sin embargo tiene unas características propias que deben ser consideradas a la hora de conducir dicho proceso. A continuación se resumen algunas de las peculiaridades propias del desarrollo que otorgan a la evaluación infantil un matiz genuino.

En primer lugar, el niño se conceptúa como un ser en continua evolución aspecto que convierte la evaluación en un hecho puntual, por lo que se deberá de prestar una especial atención a la edad, sexo y a su nivel de desarrollo teniendo en cuenta patrones tanto normativos como sociales (Ross, 1987). En el desarrollo evolutivo del niño, la edad es un indicador que junto al tipo de problemas, su frecuencia de aparición e intensidad nos permite considerar un comportamiento como patológico o analizar los factores de riesgo asociados a su aparición.

En segundo lugar, los padres, por iniciativa propia o por que han sido recomendados por un especialista, acuden a consulta para buscar solución a los problemas de su hijo. Esta decisión no está exenta de problemas. Por ejemplo algunos adolescentes se niegan a asistir al especialista (psicólogo, psiquiatra, etc.) alegando que ellos “no están locos” o sencillamente expresan que no tienen ningún problema y que son sus padres quienes deberían acudir a consulta debido a sus quejas reiteradas. Este aspecto debe de contemplarse en el proceso de evaluación.

Al mismo tiempo que se analiza el motivo de consulta y la fuente inicial de la que ha partido tal decisión, es esencial prestar atención a otro tipo de variables que distintos autores (Nietzel, Bernstein y Milich, 1994) han señalado como relevantes a la hora de que los padres acudan al especialista como: a) sus niveles de tolerancia (p.ej., aquellos que perciben el problema como algo permanente y que no pueden manejarlo acuden más al psicólogo) y b) la existencia de problemas psicológicos en algunos de los padres (p.ej., trastornos depresivos en las madres que tienden a reaccionar y a considerar de mayor gravedad los problemas de sus hijos). En este sentido, se han apuntado diversos aspectos de la relación familiar como responsables de la demanda tales como: problemas de ajuste personal y marital, tipo de percepciones sobre el desarrollo del niño, habilidades sobre solución de problemas y relaciones sociales extrafamiliares (McMahon, 1987). La valoración de toda esta información permitirá al clínico tomar decisiones adecuadas de cara a la intervención, contrastando la información con otros

familiares y con el propio niño, si se estima oportuno, para tener una visión global de la realidad familiar en la que tiene lugar el problema consultado.

Una tercera característica es la relativa a la plasticidad propia de la etapa infantil que en ocasiones favorece que se moldeen en el contexto familiar comportamientos inadecuados en el niño como producto de la relación entre los distintos miembros de la familia. En este sentido algunos problemas comunes de comportamiento que muchos niños manifiestan en esta etapa vital pueden convertirse en verdaderos problemas, debido a ciertas prácticas de tipo aversivo o coercitivo (Patterson, 1976; Patterson y cols., 1989) en las que algunos padres se implican, a veces de manera consciente y otras inconsciente, para controlar el comportamiento problema del niño. Un ejemplo de ello es cuando los padres reaccionan de una forma amenazadora, llegando en ocasiones a la agresión verbal e incluso física, para que el niño obedezca a sus demandas. Este tipo de prácticas provocadas, por la falta de habilidades en el gobierno de los niños, tienen consecuencias a corto y largo plazo, ya que producen que el niño lleve a cabo las demandas que se le exigen, pero si este tipo de prácticas continúan a lo largo del tiempo, pueden modelar y moldear repertorios agresivos en el niño favoreciendo interacciones negativas con enorme desgaste emocional para los miembros de la familia.

La cuarta peculiaridad se refiere al hecho de que los problemas de comportamiento del niño se pueden producir en distintos contextos (p.ej. casa, colegio, etc.). Cuando los problemas se producen en el colegio necesariamente se obtendrá información a este nivel. En función de los objetivos que se persigan esta información puede ser recabada por medio de diversos instrumentos: a través de registros de observación, a través de pruebas estandarizadas, de escalas puntuadas por profesores, etcétera. Sin embargo, no existen reglas claras para decidir a qué personas implicar en un problema determinado, entre otras cosas por la falta de concordancia que se produce cuando obtenemos una valoración de distintas áreas del repertorio infantil por distintas personas y en distintos contextos. Prueba de esta falta de concordancia la muestran diferentes estudios (Achenbach, 1978; Kazdin, 1983). La ausencia de correspondencia entre informantes a hecho que distintos autores defiendan una evaluación multimétodo (Achenbach, 1995; Valero, 1997; Wicks-Nelson e Israel, 1996), en cambio desde otra perspectiva el desacuerdo entre la información recabada de distintos informantes, de distintos contextos y por diversos instrumentos se debe a que se están evaluando dimensiones

psicológicas diferentes (Luciano, 1997, Gómez, 1999). La solución propuesta por estos autores no es conducir una evaluación multimétodo, sino obtener un número suficiente de observaciones o informes que proporcionen una muestra amplia del comportamiento en cuantas circunstancias se considere oportuno.

No obstante y en líneas generales, se puede afirmar que son los padres los informadores más idóneos cuando se trata de recabar información sobre el comienzo e intensidad del problema; los profesores son mejores informantes para valorar los problemas de conducta en el contexto escolar; por el contrario muestran serias dificultades a la hora de informar sobre problemas de comportamiento que se producen a nivel privado (interiorizados). Por otro lado, el niño es conceptualizado como un mal informador respecto a los cambios en su comportamiento, pero en cambio sería el informador idóneo en problemas relativos a la personalidad (Ezpeleta, 1995a, 1995b; Del Barrio, 1990). Finalmente, los compañeros o amigos del niño serían los informadores idóneos de los problemas de socialización aunque su nivel de discriminación de la cualidad de los mismos es relativa (Del Barrio, 1995).

A partir de estos datos, numerosos autores recomiendan que no se lleven a cabo entrevistas, cuestionarios, autorregistros o cualquier prueba escrita a niños menores de 5 años (Mash y Terdal, 1981) o con edades menores de 10 años (Edelbrock y cols., 1985). Más aún, se plantea que los niños a esta edad no muestran un suficiente autoconocimiento o sensibilidad, ni sobre su propio comportamiento ni sobre las consecuencias del mismo, como para informar de los distintos estados emocionales o pensamientos. Asimismo muchos niños se muestran inaccesibles cuando se le hacen preguntas relativas a cuestiones personales, porque sencillamente se niegan a cualquier información personal o la ocultan. Esta situación puede llegar a empeorarse si el especialista no crea una rapport adecuada con el niño o por el contrario crea una relación tan cálida que el niño responde para agradar al evaluador (Del Barrio, 1990). Estas últimas cuestiones plantean otra peculiaridad en la evaluación infantil relativa a las características del evaluador infantil.

Como señalábamos anteriormente, los adultos (padres, profesores, médicos,...) son, en muchas ocasiones, los interesados en solucionar el problema de comportamiento del niño. Este hecho explica la baja motivación del niño a colaborar en el proceso de evaluación y/o de intervención y conlleva a que el evaluador muestre en su repertorio determinadas habilidades para favorecer

la cooperación del niño. En este sentido distintos autores (Mash y Terdal, 1981; Luciano, 1997; Gómez, 1999; Rodríguez-Sacristán, 1995) han considerado que un evaluador infantil ha de mostrar las siguientes habilidades y conocimientos: a) conocer las pautas básicas del desarrollo infantil; b) conocer los factores socioculturales y expectativas educativas, demandas y criterios de la familia y del contexto escolar; c) tener habilidades específicas (lúdicas, comunicación, temas infantiles,...) para favorecer la implicación del niño en la evaluación; d) tener habilidades para el manejo de perturbadoras; y e) tener habilidades para crear un ambiente cordial que facilite la adherencia de los adultos a la evaluación.

Por último, otra peculiaridad en la infancia se refiere a que determinadas respuestas fisiológicas expresadas a una variedad de eventos o acontecimientos se confunden a esta edad con problemas estrictamente de comportamiento. Muchos niños no tienen aún formado un repertorio discriminativo que les permita diferenciar entre el malestar físico que padecen y las consecuencias psicológicas que mantienen dicho malestar. Por ejemplo, muchos problemas que aparentemente harían pensar sobre una etiología orgánica (vómitos, dolores abdominales, cefaleas, etc.) pueden ser la manifestación de miedos o angustias causadas por eventos muy variables que se expresan a través de una variedad de comportamientos de evitación: a contextos (negación a acudir al colegio), a tareas (demora a la hora de enfrentarse a ciertas actividades académicas), a personas (evitar la relación con ciertos compañeros de clase) o a una combinación de los anteriores. En este tipo de problemas de comportamiento el clínico ha de realizar un análisis detallado del caso que le permita averiguar las condiciones en las que se produce el problema, atendiendo más a los aspectos funcionales del comportamiento (antecedentes, consecuencias a corto y largo plazo, etc.) que a sus características estructurales (forma o sintomatología). Por ejemplo, muchos niños expresan su rechazo al colegio (negativismo escolar) mediante lloros, vómitos, quejas abdominales, etc. sin que haya evidencia de una alteración orgánica. Estos comportamientos pueden ser clasificados formalmente de diversas maneras como: fobia específica, fobia social, ansiedad por separación o trastorno por somatización (Lee y Miltenberger, 1996) e incluso en ocasiones, muchos niños que presentan “negativismo escolar” pueden ser agrupados dentro de una misma categoría diagnóstica sin atender a otras características. Desde una perspectiva conductualfuncional sería necesario averiguar las razones a las que cada una de estas manifestaciones o expresiones inadecuadas

están respondiendo. Se establecería de esta forma un modo de clasificación funcional que tiene en cuenta más los aspectos de interrelación que los formales. En este sentido se ha desarrollado un modelo (Kearney y Silverman, 1990, 1993) que delimita cuatro posibles funciones respecto al problema de negativismo escolar como: a) evitación del miedo/ansiedad que provocan las situaciones escolares; b) evitación de situaciones sociales aversivas; c) atención de los padres u otros adultos; y d) logro de reforzadores tangibles (TV, juegos, comidas, etc. tanto dentro como fuera de casa). Otros modelos funcionales se han descrito respecto a una variedad de problemas de comportamiento como: a) conductas perturbadoras (Carr y Durrand, 1985, Durrand y Carr, 1991; Luiselli, 1991); b) evitación emocional (Hayes y cols. 1996); c) déficit en el seguimiento de reglas (Luciano, 1992); y d) déficit en la adhesión al tratamiento (Hayes y Follette, 1992).

Además de todas las cuestiones consideradas a la hora de evaluar los problemas de comportamiento infanto-juvenil deben tenerse en cuenta distintos aspectos relativos a la ética del profesional evaluador. En este sentido es fundamental mantener la confidencialidad de la información, reducir el uso de etiquetas diagnósticas dados los efectos iatrogénicos asociados a las mismas, pedir el consentimiento y cooperación del sujeto evaluado; evitar el uso de procedimientos que amenacen la integridad del niño y hacer un uso adecuado de los datos obtenidos de la evaluación. Para una mayor información sobre los aspectos éticos en el proceso de evaluación consúltese (Silva, 1995).

Como conclusión podemos decir que el proceso de evaluación infanto-juvenil tiene un grado de complejidad mayor que la de los adultos en la que destacaríamos dos de los aspectos señalados anteriormente. Por un lado, la carencia de autonomía del niño (incluso para interpretarse como necesitado de ayuda) hace que sean los padres, maestros u otros profesionales quienes valoran la necesidad de intervención; y por otro lado, el acelerado proceso evolutivo, es decir, los cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales que acontecen a esta edad, nos obliga a prestar una especial atención a las condiciones familiares, escolares y sociales en las que el niño se desarrolla. Por tanto, y siguiendo a Mash y Terdal (1988) la evaluación de los trastornos de la infancia implica necesariamente realizar una serie de juicios normativos sobre lo que puede constituir: a) una desviación evolutiva; b) una variación en el tipo de comportamiento en relación con el grupo de referencia; c) una adaptación apropiada

a una variedad de demandas situacionales y d) una desviación inesperada del curso previsto de evolución individual.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA INFANTO-JUVENIL

Los instrumentos desarrollados para la evaluación clínica infantil son numerosos. Los clínicos utilizan entrevistas con los padres, test, escalas, etc. y según la problemática (pe. problemas afectivos) entrevistas con el propio niño (Luciano, 1997). Otros profesionales utilizan observaciones realizadas por los padres o el propio niño, y otros una combinación de elementos (Pelechano, 1980). La selección de instrumentos para evaluar la conducta en la infancia depende de la naturaleza del objetivo de la evaluación, de las características del sujeto (edad, sexo, habilidades cognitivas,...), de la fuente de envío, del contexto, del medio sociocultural y del propósito de la evaluación (Mash y Terdal, 1988). Distintos autores señalan que la elección de un instrumento u otro depende fundamentalmente de la formación conceptual del terapeuta, y otras veces del tiempo disponible (Kessler, 1988, citado en Luciano, 1997).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN BASADOS EN EL SISTEMA DIAGNOSTICO CATEGORIAL

Dentro del marco categorial es la entrevista, en sus distintas modalidades (estructurada, semiestructurada) el método más común de evaluación (Del Barrio, 1995). La entrevistas se realiza a los padres o allegados y a los propios niños, y pueden ser llevadas a cabo por profesionales clínicos o por personas legas que previamente han sido entrenadas independientemente de su orientación teórica (Edelbrock y Costello, 1984; Hodges y Zeman, 1993; Shaffer, 1994; Ezpeleta, 1995, 1997; De la Osa, Ezpeleta, Domenech, Navarro y Losilla, 1996; Hodges, 1993; Gutterman, O'Brian y Young, 1987; Vacc y Juhnke, 1997; Weller, Weller, Fristad, Teare y Schecter, 2000).

Al margen del tipo de entrevista que se vaya a utilizar es importante que desde el primer contacto se establezca una adecuada relación terapéutica con los padres para que ofrezcan información confidencial y personal sobre sus relaciones familiares. Los padres durante la entrevista pueden exagerar o minimizar los problemas de comportamiento de su hijo dependiendo de cómo perciban la gravedad y el grado de control sobre los problemas de

comportamiento del niño. Durante la entrevista inicial es fundamental determinar cuáles son las expectativas y las creencias de los padres sobre el desarrollo y comportamiento problema del niño, así como la influencia de los mismos en la relación familiar. Estos aspectos se deberían tratar y discutir con ellos de una manera clara y natural. Se defiende que el clínico adopte una posición de colaboración más que de superioridad, haciendo uso de un lenguaje comprensible, libre de tecnicismos. En caso de que el clínico opte por una modalidad de entrevista poco estructurada, se recomienda que utilice preguntas abiertas que paulatinamente vayan cerrándose y que preste una especial atención a la forma en la que se interroga a los padres, evitando cualquier comentario que pueda generarles sentimientos de culpabilidad. Todo ello siguiendo una lógica de mínima intrusividad, en la que la evaluación se adapte a las características psicológicas de los padres teniendo en cuenta su nivel de comprensión, su motivación al cambio, etc. En cambio cuando se adopta un protocolo de entrevista estructurada, el entrevistador se ve obligado a interrogar a los padres realizando todas las preguntas contenidas en el protocolo, respetando la estructura y el orden de las mismas. En este tipo de entrevistas no hay oportunidad, al menos en ese momento, de indagar sobre algunos aspectos de la información que se va obteniendo.

Las entrevistas estructuradas han permitido establecer el diagnóstico categorial de una forma precisa, aunque también se han utilizado como: instrumento de screening para maximizar la intervención del clínico, instrumento de investigación clínica y como herramienta de apoyo en contextos de salud mental a la hora de enseñar a los clínicos noveles a establecer diagnósticos precisos (Weller, Weller, Fristad, Teare y Schecter, 2000).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN BASADOS EN LA OBSERVACIÓN

La observación ha sido el método tradicional por excelencia de la evaluación conductual, al menos en sus primeras etapas (Silva y Moro, 1994). El registro preciso de conductas específicas y la toma de decisiones en base a los datos registrados, más que sobre la base de impresiones subjetivas, ha sido una de las mayores contribuciones al análisis de conducta (Martin y Pear, 1999). Dado que los problemas infantiles ocurren en distintas situaciones, la observación sería la técnica por excelencia para recoger de modo directo no sólo los comportamientos objeto de interés sino las condiciones en las que ocurren. En este sentido mediante el registro se

pueden recoger distintos elementos que son fundamentales para realizar el análisis funcional de la conducta problema y generar a partir de esta información las hipótesis oportunas de cara a la planificación del tratamiento. Así mediante el registro se recogen datos sobre las condiciones o eventos disposicionales (Michael, 1988) (antecedentes y contexto), los distintos parámetros de la respuesta, las relaciones de contingencia, etc. Asimismo, el registro de observación se puede llevar a cabo en un contexto estructurado (clínico o de laboratorio) o bien en un contexto más abierto, como las distintas situaciones que se pueden presentar en el hogar y en el aula.

No obstante, la observación como instrumento de evaluación no está exenta de múltiples limitaciones de las que podríamos destacar las siguientes (Silva, 1989): la reactividad que puede producir tanto en el comportamiento del sujeto observado como en el observador, la baja fiabilidad entre observadores y el propio sesgo del observador que repercute en la distorsión de los datos. Para suplir este tipo de déficit se han recomendado distintas estrategias: a) elaborar sistemas de observación que incluyan conductas específicas, donde se defina claramente la conducta a registrar, los parámetros, situaciones y momentos; b) seleccionar un número limitado de conductas para facilitar la observación; c) usar un número de categorías conductuales reducido, descriptivas y excluyentes; d) invertir cierto tiempo para permitir la adaptación del niño a las condiciones de observación y e) evitar los sesgos del observador, procurando que no tenga información sobre los objetivos del estudio y recibiendo entrenamiento previo en la aplicación del registro.

A continuación se van a describir algunos de los métodos de registro dirigidos a la evaluación de problemas de comportamiento infantil. En primer lugar se describirán algunos sistemas dirigidos a evaluar la interacción entre padres e hijos en el contexto de casa. Seguidamente se mostrarán algunos registros elaborados para la evaluación del comportamiento infantil en el contexto escolar

3.6.- Evaluación del consumo de drogas.

La evaluación conductual, a diferencia de otros enfoques de evaluación, está especialmente dirigida al tratamiento y al cambio de conducta; por lo tanto, toda evaluación conductual conlleva a una intervención con la que se pretende producir cambios en la conducta de una

persona. De esta manera, el proceso evaluativo no finaliza hasta que se han verificado los cambios en la conducta de estudio.

El proceso de evaluación conductual tiene dos vertientes fundamentales: la primera de ellas centra su objetivo en la descripción, el diagnóstico, la orientación y selección del comportamiento, estableciendo predicciones sobre éste. La segunda vertiente está orientada al cambio de la conducta y por lo tanto al tratamiento, y cuenta con una necesaria contrastación experimental de los supuestos planteados.

La evaluación en el modelo conductual es un requisito antes de proceder al tratamiento, así como una vía de justificación de su efectividad; por lo tanto, la relevancia que tiene para el especialista en el tratamiento de las adicciones es fundamental.

A través de la evaluación, el profesional de la salud podrá analizar las variables asociadas al desarrollo y al mantenimiento del comportamiento adictivo, establecer el plan de tratamiento y evaluar los cambios observados en el comportamiento adictivo. En esta unidad se revisará el concepto de *evaluación conductual* y las fases que integran el proceso de evaluación, así como la validez y confiabilidad de dicho proceso, enfocándolo hacia la revisión de distintas técnicas de evaluación conductual que el profesional de la salud puede utilizar.

La evaluación conductual surge como requisito necesario de la terapia y modificación de la conducta; tiene como propósito un cambio positivo en una serie de comportamientos que resultan problemáticos para una persona.

Cuando evaluamos, podemos utilizar una serie de dispositivos de medida (tests, observaciones, autorregistros, etcétera) con el fin de determinar cuáles son las variables que están manteniendo o controlando el problema, así como para establecer hipótesis sobre estas variables. La elección del tratamiento se deriva de tales hipótesis, pues establecemos predicciones sobre los cambios que se esperan generar en el comportamiento a través del tratamiento; de esta manera, generamos también hipótesis sobre los cambios que se esperan obtener. Finalmente, valoramos si el tratamiento ha tenido éxito y si nuestras hipótesis se han contrastado. Por lo tanto, el comportamiento normal y anormal puede ser funcionalmente explicado en gran medida a través de ciertas condiciones ambientales, y es fundamentalmente aprendido o reaprendido mediante manipulaciones ambientales.

La determinación ambiental de la conducta no excluye las variables personales, consideradas como repertorios básicos de conducta y que pueden estar relacionadas funcionalmente con la

conducta-problema. Estos repertorios deben ser analizados como resultado de la historia de aprendizaje de la persona o probablemente en interacción con otras variables biológicas relevantes. Los repertorios básicos de la conducta, por lo tanto, son entendidos como una función de condiciones ambientales históricas en interacción con el organismo.

La evaluación conductual, sin rechazar la importancia de las variables biológicas explicativas o coadyuvantes, parte del supuesto de que el comportamiento objeto de estudio puede ser explicado funcionalmente tanto por las condiciones ambientales actuales que mantienen o controlan tal comportamiento como por variables personales que han ido constituyendo la historia personal de aprendizaje, que en interacción con el organismo conforman las características de comportamiento actual de la persona.

Se debe hacer énfasis en que cuando nos referimos a las variables personales, en ningún momento hablamos de factores intrapsíquicos o de personalidad, sino más bien nos referimos a las características particulares de conducta del sujeto que son producto de su historia personal y que definen en el presente su forma de comportarse ante las diferentes situaciones ambientales con las que interactúa.

Desde el modelo conductual, la conducta adictiva puede ser explicada funcionalmente con base tanto en la historia de aprendizaje de la persona, como en las condiciones ambientales y biológicas actuales, así como las interacciones entre éstas. Vale la pena señalar aquí las respuestas dadas a un test son muestras de conducta de lo que hace la persona en las mismas circunstancias que las evocadas por el test, pero en la vida real.

La evaluación conductual pretende en todo momento ser objetiva tratando de minimizar la inferencia al centrarse en comportamientos medibles en situaciones naturales. Para ello, utiliza la medición de tres sistemas de respuesta.

Sistema motor.

El sistema motor se define por lo directamente observable en la persona, lo hace: correr, dormir, morder, etc. Estas son actividades motoras.

Sistema psicofisiológico.

Mide la actividad del sistema nervioso detectado amplificado mediante aparatos de medición (registros psicofisiológicos; respuesta cardiaca, presión arterial, sudoración, etc.

Sistema cognoscitivo.

Mide actividades cognoscitivas y subjetivas que se producen al intrínseco en la persona y ésta expresa mediante lenguaje, pensamientos, sentimientos, expectativas, etcétera, y son evaluadas en su mayoría mediante informa verbal.

Para cumplir su objetivo, la evaluación conductual ha generado instrumentos que, de acuerdo con Fernández-Ballesteros (1994), se han clasificado en cinco grandes grupos: 1) observación sistemática (realizada por expertos o mediante registros fisiológicos), 2) escalas de observación realizadas por otros significativos para la persona o por la propia persona (autorregistros), 3) autoinforme (tests y cuestionarios) y entrevista. La Figura 1 es una representación gráfica de los principales métodos o procedimientos de recogida de información que se utilizan en evaluación conductual.

Indirectas

Las mediciones indirectas son aquellas basadas en los informes que proporciona la persona en cuestión o las personas cercanas a ésta. Se consideran un método de obtención de la información indirecta debido a que se basan en el reporte verbal más que en la observación o el registro directo del comportamiento, tal como ocurre. Dentro de los métodos indirectos están también incluidos los instrumentos autoaplicables, los tests y cuestionarios.

Directas

Las medidas directas abarcan el autorregistro y la observación directa del comportamiento. A lo largo del modulo se revisaran técnicas tanto indirectas como directas, describiendo la utilidad en el proceso de evaluación de las conductas adictivas.

En el enfoque conductual, la evaluación cumple diferentes objetivos dependiendo de la fase del proceso de cambio al que se haga referencia. Podríamos considerar seis fases de este proceso. Pasa el cursor sobre cada recuadro para leer la explicación correspondiente.

- Evaluación del problema.
- Selección de las conductas meta que requieren modificación.
- Selección de las técnicas de intervención pertinentes.
- Seguimiento.
- Valoración de resultados.
- Aplicación del tratamiento (procedimiento del cambio).

AUTORREGISTROS

Una de las bases de la evaluación conductual es la autoobservación o el autorregistro, que hace referencia al sujeto que observa y registra las conductas cuando ocurren. La conducta se refiere a cualquier cosa que el usuario hace, e incluye acciones motoras externas y sucesos cognoscitivos internos (por ejemplo, pensamientos asociados con el consumo), que son objeto de tratamiento. El autorregistro se emplea tanto con fines de evaluación como de tratamiento.

En el autorregistro se observa la propia conducta de modo sistemático. La mayoría de la gente no está completamente consciente del grado en que se involucra en ciertas conductas, ya que generalmente son automáticas y rara vez observadas por la persona. Cuando se solicita a los usuarios que observen con cuidado su propia conducta, usualmente se presentan cambios muy notables

No hay una razón clara del porqué los autorregistros alteran la conducta de las personas. Es probable que la observación cuidadosa de la propia conducta proporcione retroalimentación al usuario sobre el nivel de su propia conducta. La información que el usuario obtiene a través del autorregistro permite compararla con sus expectativas personales o con los estándares culturales. Cuando la conducta se aleja del nivel aceptable, se puede iniciar la acción correctiva hasta que el nivel se haya conseguido; por ejemplo, el registro continuo de la cantidad de cigarros que una persona consume en un día le permite observar y comprar su nivel de consumo con los que él mismo desearía o con lo que esperaría en una persona saludable. Si la cantidad de cigarros resulta elevada para la persona, probablemente por ellos decida iniciar la disminución del consumo.

Además, el autorregistro puede resultar efectivo *per se* debido a que puede reforzar o castigar la conducta del individuo por sí mismo. Por ejemplo, una persona puede sentirse orgullosa al notar que ha disminuido su cantidad de consumo de alcohol con respecto a la semana anterior y esto mismo resultar motivamente para continuar cambiando.

Autorregistro del consumo.

- Autorregistro del consumo de alcohol
- Autorregistro del consumo de tabaco
- Autorregistro del consumo de cocaína

Una situación que sucede comúnmente cuando se solicita al usuario registrar su consumo es que éste puede resistirse por considerarlo innecesario y tedioso. Por lo tanto, el terapeuta debe trabajar con el usuario para mostrarle la importancia que tiene llevar a cabo un registro

continuo de la cantidad de consumo. Cuando el usuario no está convencido de la importancia del autorregistro puede llegar a abandonarlo. Cuando muestre al usuario cómo realizar el autorregistro, ponga énfasis en los aspectos que ya hemos revisado antes: que él pueda contar con una forma objetiva de medición de su nivel de consumo, que a su vez proporcione información sobre los cambios en dicho nivel.

Autorregistro del consumo de alcohol

El autorregistro del consumo de alcohol permite contar con información acerca de:

- Meta semanal
- Días de consumo
- Cantidad de consumo
- Tipo de bebida que se consumió
- Si consumió sólo o en compañía de otros
- Si consumió en un lugar público o privado
- Los pensamientos y sentimientos que se experimentaron durante el consumo

Autorregistro del consumo de tabaco

El autorregistro de tabaco, a diferencia del de alcohol, es un registro continuo en donde se anota la información de cada cigarro que se consume durante el día. En cuanto el usuario consume un cigarro, anota la hora, cómo se sentía y las actividades que estaba realizando; el autorregistro de tabaco permite por lo tanto tener la siguiente información:

- Meta de consumo
- Cantidad de cigarros que se consume
- Horarios de consumo
- Sentimientos que experimenta durante el consumo
- Actividades asociadas al consumo

El autorregistro de tabaco se complementa con el autorregistro de síntomas de abstinencia. El objetivo de este registro es que el usuario señale si durante el día se presentó algún síntoma de abstinencia y el grado de severidad utilizando una escala de 0 = nada, 1 = un poco, 2 = ligeramente, 3 = moderadamente, y 4 = severamente.

Autorregistro del consumo de cocaína

Dadas las características propias del consumo de cocaína, el autorregistro de esta sustancia tiene particularidades especiales en comparación con los autorregistros del consumo de alcohol y tabaco. En el autorregistro de cocaína se recaba información sobre:

- Si consumió o no
- Pensamientos relacionados con el consumo
- Deseos de consumir
- Frecuencia del deseo de consumo
- Intensidad del deseo
- Duración del episodio de deseo
- Disparador del inicio del consumo

Autorregistro del consumo de marihuana

El formato de autorregistro de consumo de marihuana es muy parecido al autorregistro de alcohol. Dado que ya conoces el formato de autorregistro de alcohol, revisarás las características distintivas entre el autorregistro de alcohol y el de marihuana.

Registro de autoconsumo de drogas

El registro del consumo de otras drogas permite el registro de otras drogas diferentes al alcohol, tabaco y cocaína.

- Meta de consumo
- Día
- Deseo o necesidad de consumo
- Si hubo o no consumo
- Cantidad consumida
- Situación relacionada al consumo
- Pensamientos y sentimientos asociados al consumo

ENTREVISTA CONDUCTUAL.

La entrevista conductual es uno de los métodos principales de la evaluación inicial: ésta se considera un método indirecto, dado que la información contenida en ella se recaba a partir del reporte verbal del sujeto y no a través de la observación y registro directo de la conducta. A través de la entrevista conductual el terapeuta puede obtener información acerca del tipo

consumo, nivel de consumo, factores asociados a éste y sus consecuencias. Asimismo se puede obtener información relacionada con las características sociodemográficas del usuario, mismas que también pueden actuar como factores asociados con el consumo.

El papel de la entrevista es la identificación de la(s) conducta(s) problema, así como del contexto en el que ésta(s) ocurren. El conocimiento del contexto es esencial para el Análisis Funcional (en la unidad 4 describiremos de manera amplia este concepto), ya que después de la identificación del problema es necesaria la identificación tanto de las situaciones antecedentes como de las consecuencias que controlan la ocurrencia de la conducta de consumo. Aunque la relación funcional se establece de manera más precisa a través de los registros de observación, de los autoinformes, la entrevista permite aproximarse de manera inicial, rápida, flexible y económica hacia las variables asociadas al problema.

La entrevista permite sondear las relaciones de las posibles conductas problema entre sí y de los contextos donde ellas se desarrollan.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL NIVEL DE CONSUMO

Identificar el nivel de dependencia es una parte esencial de la primera evaluación; esta identificación comienza cuando se realiza la entrevista inicial, pero se complementa a través de la aplicación de otros instrumentos.

Los instrumentos que revisaremos aquí se clasifican como métodos indirectos de evaluación, por lo que para su uso se requiere el aseguramiento de la confiabilidad y validez de los mismos. En cada uno se presentarán los antecedentes de su construcción con la descripción de las propiedades de validez y confiabilidad. Sin embargo, también encontraremos algunos que no muestran tales propiedades de manera específica, debido a que algunos de ellos se encuentran en proceso de validación y, para dicho proceso, contribuirá la aplicación que le den los estudiantes que cursen el programa de especialización.

EJEMPLOS DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO.

Línea base retrospectiva (LIBARE). Dependencia al alcohol

Para medir la dependencia al alcohol existen dos instrumentos que pueden aplicarse: la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA). En ambos casos se indaga sobre conductas que indican los niveles de dependencia.

Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de *screening* del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y, con ello, puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo.

Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina (FNTD)

Uno de los tests más utilizados para medir dependencia a la nicotina es el Test de Fagerström creado por el especialista en Tabaquismo **Karl Olov Fagerström**: mediante preguntas cuyas respuestas tienen un puntaje determinado, se suman todas las respuestas para determinar si la dependencia es leve, moderada o intensa.

Cuestionario diagnóstico del consumo de sustancias

Este cuestionario permite determinar el nivel de dependencia a sustancias adictivas. Particularmente es utilizado para la evaluación del consumo de cocaína.

UNIDAD 4

CLASES PRÁCTICAS

4.1.- Criterios de presentación de informes y gráficas.

El informe cobra importancia desde muy distintos puntos de vista:

1. Es la expresión del trabajo profesional del psicólogo, y ha de ser estrictamente *científico*, como cualquier informe de investigación, al mismo tiempo que ajustado a la *deontología profesional*.
2. El informe es un testimonio *archivable* y *duradero* sobre la tarea realizada por el evaluador en una fecha concreta y utilizando unos procedimientos bien descritos. Todo ello se podrá examinar, en cualquier momento, y repasar los resultados de la evaluación debidamente sintetizados y analizados.
3. Supone una excelente *f fuente de información* en la contrastación de las hipótesis formuladas, base de las orientaciones efectuadas que son necesarias a la hora de la valoración del proceso y los tratamientos o intervenciones efectuados, es decir, el informe convierte la evaluación en *replicable*.
4. Resulta necesario a la hora de *comunicar los resultados* de la evaluación tanto en forma *oral* como *escrita* y tanto al sujeto como, en su caso, al cliente, personas allegadas o terceros cuando el sujeto y/o cliente así lo autoriza (maestros, otras personas relevantes, etc.) y se considere oportuno, ético y útil.
5. El informe escrito puede ser considerado un *documento potencialmente legal*, en el sentido de suponer una fuente de información sobre un sujeto procedente de un momento concreto de la vida de éste, en el que, en su caso, pueden apoyarse decisiones jurídicas.
6. Por último, es sin duda un *rastro de conducta*, tanto del cliente como del evaluador. Así, el documento puede ser utilizado con posterioridad (cuando así lo autoriza el sujeto/cliente) como fuente de medidas «no contaminadas» (por ejemplo, valórese la importancia que puede tener para un sujeto adulto, con un determinado trastorno psicológico, poder contar con documentos sobre exploraciones realizadas durante su infancia.

ORGANIZACIÓN DEL INFORME

El informe es la expresión del trabajo realizado durante el proceso que parte de la demanda efectuada por el sujeto y/o el cliente. En el cuadro 3.3 se presentaron los apartados mínimos que debe contener el informe para que pueda ser considerado un documento científico. La mayor parte de los apartados hacen referencia a condiciones éticas y a la esencial característica de replicabilidad de toda actividad científica. Sin embargo, existen múltiples propuestas que completan el esquema presentado en esa tabla y que, sobre todo, amplían el apartado de resultados, que, en definitiva, es lo que se quiere comunicar y, por tanto, resulta de vital importancia para el informe.

Más allá de los datos básicos que debe contener un informe, en otro lugar hemos tratado de agrupar las distintas propuestas en tres fundamentales: informes basados en las técnicas, en el problema o situación por la que se consulta y, finalmente, en la teoría (el informe se desarrolla en función de las construcciones esenciales de una teoría).

La organización que aquí se propone trata de sintetizar esas tres propuestas: en primer lugar, en orden a hacer repetible el informe, los resultados obtenidos por el/los sujetos en evaluación en las distintas técnicas deben figurar explícitamente. En segundo lugar, en orden a hacerlo lo más útil posible, en la integración de resultados debe figurar la demanda formulada según los distintos objetivos (diagnóstico, orientación, selección y valoración de cambio) y dársele respuesta. Finalmente, también en la integración de resultados, puede darse cabida al modelo de evaluación del que parte el evaluador (de entre los mencionados en el capítulo I). En segundo lugar, no obstante, el formato de informe que aquí se propone es el siguiente:

- Datos personales del sujeto, del cliente y del/los evaluador/es y fecha de las sesiones de evaluación y del informe.
- Referencia, demanda y objetivos de la evaluación.
- Datos biográficos relevantes.
- Conducta durante la exploración.
- Técnicas utilizadas y procedimiento seguido.
- Resultados cuantitativos de cada test o técnica administrada.
- Integración de resultados cuantitativos y
- cualitativos:

a) comportamientos objeto de estudio (en su caso); b) condiciones de la persona (cognitivo-lingüísticas, emocionales- motivacionales y sensomotrices), y c) condiciones socioambientales (pasadas y presentes) y, en su caso, condiciones biológicas (pasadas o presentes).

- Conclusiones y recomendaciones: diagnóstico, orientación, selección y/u objetivos de cambio e intervención.
- En su caso, diseño (ejecución) y valoración de la intervención. Vamos a tratar, aunque sea brevemente, cada uno de estos apartados.

•

I. Datos personales del sujeto, del cliente y del/los evaluador/es y fecha de las sesiones de evaluación y del informe.

Figuran aquí el nombre, sexo, edad, estado civil, escolaridad, profesión y fechas de exploración. Constará también aquí el nombre del/los evaluador/es y su debida acreditación (número de colegiado).

2. Referencia y objetivos.

Motivo de la evaluación y objetivos planteados tanto por el remitente del caso como por el propio sujeto y/o sus familiares.

3. Datos biográficos relevantes.

Deberán figurar en este apartado aquellos datos de interés sobre las condiciones ambientales pasadas, así como sobre el contexto próximo, y algunas informaciones sobre evolución y desarrollo. También se incluirán aquí los datos sociodemográficos relevantes y una referencia a la historia del problema (en su caso).

4. Conducta durante la exploración.

En este apartado figurarán los datos relevantes de observación sobre la conducta manifiesta del sujeto durante la exploración. Así, se incluirán observaciones sobre las conductas motoras externas y las conductas verbales dignas de mención (por ejemplo, temblores, falta de coordinación visomotora, llanto, verbalizaciones de inadecuación, etc.); también podrán incluirse las actitudes que el evaluador infiera sobre este tipo de conducta, como, por ejemplo, colaboración, persistencia, intolerancia, etc., siempre y cuando se vea avalado por los comportamientos de base.

5. Técnicas y procedimientos.

Se realizará aquí el listado de técnicas, tests o instrumentos utilizados como dispositivos de recogida de información. En el caso de utilizarse tests estandarizados, deberá figurar también la muestra de tipificación utilizada en la obtención de las puntuaciones estándar, así como la fecha de edición. Figurará también toda cuestión de procedimiento que permita la contrastación de la evaluación por otro psicólogo, así como la apreciación de las garantías científicas de los datos (así, por ejemplo, si se ha recurrido a varios observadores, el acuerdo entre ellos).

En el caso de ir dirigido el informe a otro profesional psicólogo, o cuando se considere necesario, en este apartado deberá figurar también copia de los protocolos obtenidos mediante los procedimientos de recogida de información.

6. Resultados cuantitativos.

Se presentarán los resultados cuantitativos (puntuaciones directas, tipificadas, etc.) procedentes de los distintos tests y técnicas de evaluación administrados. En el caso de tratarse de puntuaciones directas, debe establecerse el rango de respuesta o un porcentaje que haga comprensible el dato bruto.

7. Integración de resultados.

Es en este apartado donde, necesariamente, existe mayor heterogeneidad en las formas de presentación, lo cual depende tanto de la demanda y del problema como de la teoría del evaluador. Nuestra propuesta tiene, necesariamente, que adecuarse a la síntesis conceptual formulada en el capítulo

I. A partir de los resultados serán presentados por medio de los siguientes subapartados:

— *Comportamientos objeto de estudio (sólo en el caso de que se consulte por una situación problema)*

En este apartado figurará la especificación y operativización de aquellos comportamientos por los que se consulta en sus tres modalidades: motora, fisiológica y cognitivo-verbal, con mención expresa de los datos de base.

— *Características psicológicas (funcionamiento cognitivo, afectivo y motivacional y de la personalidad o repertorios básicos de conducta, RBC)* Se presentarán todos aquellos resultados referidos a comportamientos o características estables procedentes de los sistemas cognitivo-verbal, emocional-motivacional y sensomotor. Esta clasificación es perfectamente compatible con la distinción tradicional entre el funcionamiento intelectual o cognitivo, emocional y psicomotriz.

Así, en nuestro informe, cuando lo requiera el caso, podrán figurar datos sobre las *funciones intelectuales* y, entre ellas, los resultados en torno al nivel intelectual, aptitudes, potencial de aprendizaje, memoria, etc. En *funcionamiento emocional-motivacional* se integraría lo hallado en relación con el mundo afectivo y motivacional del sujeto, sus actitudes, expectativas, personalidad etc. Por último, las *funciones psicosenomotorias* pondrían de manifiesto lo referente a aspectos tales como la coordinación visomotora, la organización espacial, el predominio lateral, etc.

— *Condiciones socioambientales* Ya que los datos sobre condiciones ambientales pasadas se presentarán en el apartado sobre información biográfica, tan sólo habrán de analizarse aquí las condiciones ambientales que el sujeto presenta en la actualidad. Así, deberán incluirse cuáles son los contextos relevantes al caso, comportamientos diferenciales ejecutados en los distintos ambientes, situaciones problemáticas para el sujeto, tanto físicas como sociales, o estímulos físicos y sociales que mantienen ciertas conductas indeseables, etc.

— *Condiciones biológicas (en su caso)* Integrando en este apartado los resultados procedentes de las exploraciones neuropsicológicas y neurobiológicas, si las hubo. En su caso, se incluirá también aquí un resumen de exámenes físicos realizados por otros profesionales en la medida en que sean relevantes al caso.

Dos precauciones habrán de ser tenidas en cuenta en este apartado:

- En primer lugar, es importante resaltar, una vez más, que la exploración se dirige a aspectos concretos del comportamiento y el funcionamiento psicológico —los relevantes al caso— y no tiene por qué ser necesario efectuar exploraciones no relevantes y, por tanto, tener que informar sobre todos los posibles repertorios de conducta o componentes psicológicos del individuo.
- En segundo lugar, cabe destacar nuevamente que, dado que los resultados se apoyan en unos concretos datos de base, éstos deberán figurar como apoyo y aval de cualquier aseveración sobre el caso. Por ejemplo, si se dice «funcionamiento intelectual normal», habrá que añadir «WISC: CI total = 109, Terman- Merrill: CI = 105», con el fin de que pueda replicarse tal afirmación y conocer qué datos, de todos los recogidos sobre el sujeto, apoyan una determinada conclusión. Ello se enfatiza tanto en las GAP como en el código deontológico.

8. Conclusiones y recomendaciones: diagnóstico, orientación, selección y, en su caso, objetivos de cambio e intervención.

En este apartado se dará respuesta a los objetivos planteados. Su contenido dependerá, obviamente, del apartado segundo. Así, en un caso de orientación profesional se plantearán las profesiones para las que, supuestamente, el sujeto es apto y ante las cuales presenta motivaciones positivas. Así también, en el caso de una selección profesional, se tratará, como resultado de la evaluación, de aceptar o no al sujeto para un determinado puesto de trabajo. En un caso clínico se procurará realizar (en el caso de que éste sea pedido) un diagnóstico y/o se recomendará un determinado tratamiento. En el caso de que la orientación vaya dirigida a la realización de una determinada intervención, deberán seleccionarse y cuantificarse las conductas que habrán de servir de variables dependientes a través de las cuales se van a valorar los resultados del tratamiento, así como qué variables independientes deberán ser manipuladas y, en algunos casos, qué técnicas de tratamiento son las más indicadas.

Frecuentemente, la orientación, el tratamiento o las recomendaciones son variados y de distinto orden. En este caso, deberán ser no sólo listados, sino jerarquizados con el fin de seguir un orden en la orientación e intervención. En definitiva, ya se ha dicho, en este apartado deberá darse respuesta a lo planteado al inicio de la evaluación, además de incluir todo tipo de orientaciones que el psicólogo crea vayan a repercutir positivamente en el caso.

4.2.- Técnica de entrevista clínica.

La entrevista es el instrumento de evaluación que precede a cualquier modalidad de intervención o proceso de toma de decisiones, adopta un formato interactivo y está presente en el continuo

evaluación-intervención (Casullo y Márquez, 2003).

Es un procedimiento ampliamente utilizado con distintos objetivos o propósitos: conseguir información u ofrecer información en la evaluación e intervención psicológica; indagar sobre características de personalidad, estrategias, incidentes críticos, habilidades, competencias y datos biográficos en procesos de selección; indagar sobre los aspectos motivacionales, intereses y competencias en los procesos de orientación; investigar el conocimiento que pone en juego un experto cuando resuelve problemas de su competencia, orientar o asesorar y comunicar a clientes o pacientes los resultados de cualquier proceso evaluativo.

Es un instrumento destinado a recoger datos mediante el autoinforme del sujeto evaluado, y de ahí su importancia, sus fortalezas y sus debilidades. Por esta razón, la trayectoria de este procedimiento ha ido de la mano de la consideración que el autoinforme ha recibido por parte de las teorías y modelos que se han ido sucediendo. También se utiliza para recabar información sobre un tercero, por parte de un interlocutor, para conocer opiniones, actitudes, procesos de decisión o procedimientos.

La entrevista como instrumento básico del proceso de evaluación-intervención psicológica.

En el proceso de evaluación se han expuesto las fases que componen el proceso de toma de decisiones, así como los objetivos y actuaciones que se producen en cada una de ellas, y, como se ha explicado, entre las actuaciones necesarias se encuentra la selección y aplicación de técnicas adecuadas a cada una de las fases del proceso. En lo que a la entrevista se refiere, pueden identificarse dos momentos en los que su frecuencia es prevalente: el inicio de la evaluación y la comunicación de resultados. En la fase de la formulación y contrastación de hipótesis, la utilización es más o menos frecuente dependiendo de la naturaleza de las hipótesis que deban someterse a comprobación.

I.-

El inicio de la evaluación

En el inicio de la evaluación se lleva generalmente a cabo la primera entrevista. Los objetivos generales del proceso —evaluación de problemas susceptibles de cambio, establecimiento de un diagnóstico, orientación y selección— son una fuente de variación que tiene un evidente reflejo en los modos concretos en los que se utiliza la entrevista.

Los contenidos

Los contenidos de la entrevista inicial deben someterse a un doble ajuste, en primer lugar al tipo de demanda y, en segundo lugar, a las características del sujeto. Del primer ajuste se deriva la planificación de la entrevista, y del segundo, los recursos y formatos que el entrevistador selecciona para la realización de la misma.

La realización de la primera entrevista

Las planificaciones de los distintos contenidos que se han propuesto representan la información que se desea obtener, pero no el modo en que debe obtenerse. Los modos concretos en que la información va a ser solicitada se basan en dos decisiones que el entrevistador debe adoptar: el grado de estructuración de las preguntas y las respuestas y el estilo o grado de dirección que va asumir en la interacción.

El análisis de la información obtenida en la entrevista

El objetivo último de la entrevista inicial es crear una base de información, lo más sólida posible, que permita la formulación de las hipótesis. Por esta razón el análisis de la información obtenida tiene un doble aspecto: por un lado el análisis de la cantidad de información conseguida detectando los comportamientos-problema y delimitándolos en el tiempo y en situaciones concretas— y, por otro, la calidad de dicha información.

La entrevista en la comprobación de hipótesis

A la hora de la comprobación de las hipótesis se puede recurrir a la entrevista, que, en este momento, como técnica de segundo nivel, debe contemplar contenidos específicos relacionados con las hipótesis que se pretenden comprobar. Para esta finalidad suelen adoptarse formatos semiestructurados y estructurados.

El conjunto de hipótesis que se generan en el proceso de evaluación y que han sido objeto de explicación en el capítulo correspondiente se basa en los supuestos de cuantificación, semejanza y asociación predictiva. La entrevista se utiliza preferentemente para la comprobación de las hipótesis basadas en el supuesto de cuantificación y en el supuesto de semejanza y, en menor medida, para la comprobación de las hipótesis funcionales si bien existen algunas aplicaciones, como las categorías funcionales de análisis (Hayes y Follete, 1992). En la comprobación de hipótesis basadas en el supuesto de asociación predictiva, la utilización de otras técnicas específicas para la medición de variables concretas es muy superior a la utilización de la entrevista.

2.2.1. Comprobación de hipótesis basadas en el supuesto de cuantificación

Es el soporte de cualquier estrategia encaminada a probar si se produce un determinado fenómeno y a establecer la medida en la que se produce. Los desarrollos conductuales pueden considerarse preferentemente centrados en el supuesto de cuantificación, en tanto que ayudan a identificar la presencia o ausencia de comportamientos concretos en un sujeto determinado,

por ejemplo comportamientos deficitarios o excesivos. Para contribuir a la comprobación de estas hipótesis se suelen utilizar propuestas conductuales estructuradas, de entre las que destacan las siguientes aportaciones:

- La Clasificación de Goldfried y Davidson (1976).
- El Sistema funcional de Bijou (1976).
- La Clasificación de déficit y excesos conductuales de Kanfer y Grimm (1977).
- El Sistema de clasificación de McReynolds (1979).

La entrevista en la comunicación de resultados

Al concluir el proceso de evaluación es preceptiva la comunicación de los resultados a la persona o personas (clientes o pacientes) que han solicitado atención psicológica (Fernández-Ballesteros et al., 2001). El informe se suele presentar al cliente en situación interactiva, y esto requiere una planificación preferentemente dirigida por el orden y la claridad en la que es recomendable, en primer lugar, recordar los motivos de la consulta, en segundo lugar exponer las alternativas evaluativas que se han elegido y, por último, plasmar los resultados.

Al final de la exposición se atienden las preguntas del cliente y, con frecuencia, se le deja tiempo suficiente para la lectura del informe de manera que pueda plantear las aclaraciones que considere oportunas. Posiblemente la mayor dificultad de esta entrevista sea la de comunicar con claridad los resultados de la evaluación y la justificación de éstos.

Para ello es indispensable que las explicaciones y el vocabulario se ajusten al nivel educativo y a la capacidad de comprensión de cada persona.

4.3.- Técnicas de observación con ensayos.

4.4.- Técnicas de autorregistro.

El autorregistro es una técnica muy utilizada en la terapia psicológica en general. En ocasiones, cuando se hace uso de ella no se le saca todo el partido que deberíamos; esto puede pasar, entre otras cosas, porque no logramos explicar claramente al paciente lo importante que resulta para ambos elaborar un buen autorregistro.

El ser humano es una especie que siempre busca el sentido a las cosas, siempre buscar un por qué, una explicación a los acontecimientos. Las personas sanas psicológicamente atribuyen lo bueno que les pasa a sus capacidades, su esfuerzo y trabajo; mientras que las situaciones negativas o lo malo lo atribuyen al azar o a la suerte. ¿Por qué hacemos esto? Primero porque tenemos una autoestima que proteger; y segundo, porque no somos capaces de no dar explicación a todos los acontecimientos.

Confiabilidad de los autorregistros

Las medidas indirectas requieren datos sobre confiabilidad y validez, dado que la medición que se obtiene es precisamente indirecta y es necesario el aseguramiento de que se está midiendo de manera precisa lo que se pretende medir. Las medidas directas, por otro lado, no tienen el mismo problema; sin embargo, generalmente en las medidas directas se busca obtener precisión en la medición, lo cual le da objetividad y confiabilidad a las mediciones. La precisión de los datos de autorregistrados muestra su confiabilidad. Existen tres procedimientos para determinar la precisión de los autorregistros.

Confiabilidad del autorregistro de las cogniciones

Además de la conducta, en muchas ocasiones los usuarios también deben registrar los aspectos cognoscitivos relacionados a ésta, por ejemplo los pensamientos asociados al consumo. En este caso, se solicita a los usuarios que describan las características de estas cogniciones más que su frecuencia. Al igual que el autorregistro de conductas, el autorregistro de cogniciones se emplea tanto en la fase de evaluación inicial como durante el tratamiento.

Por lo tanto, los autorregistros de cognición, si bien son una herramienta útil y pueden proporcionar información importante relacionada con el consumo, deben tomarse como una de las formas de obtener información; no como la única fuente de evaluación. No existe forma de corroborar la precisión (confiabilidad) de estas medidas.

4.5.- Recursos de Psicología en Internet.

Las nuevas tecnologías han cambiado nuestra manera de relacionarnos, y los psicólogos no son ajenos a estos cambios.

De hecho, el mundo digital está provocando una transformación a la hora de atender a los pacientes, de compartir información relacionada con la Psicología e incluso en el momento de darse a conocer.

Los Social Media y las Redes Sociales (RRSS) forman parte de nuestro día a día, y afectan a cómo nos relacionamos con los demás, cómo compartimos información y, en el caso de los psicólogos, incluso a la hora de hacer marketing. Los psicólogos utilizan estos medios para darse a conocer y para conectar con nuevos pacientes.

Los **blogs de Psicología** son una de las mejores maneras de compartir conocimiento sobre esta ciencia. Esta disciplina genera mucho interés, pues aborda muchos temas relacionados con el día a día de las personas: relaciones de pareja, problemas emocionales, toma de decisiones, etc. Gracias a los blogs, es posible llegar a muchas personas y a compartir con éstas conocimiento muy valioso, independientemente del lugar del mundo en el que se encuentren.

Por tanto, **los psicólogos hacen uso de estos medios para compartir información relevante, darse a conocer y promocionarse** a través del marketing de contenidos (e incluso otras formas de promoción; por ejemplo, los banners).

2. Páginas de Facebook

Los Social Media son importantes para compartir información, pero también ayudan a crear Redes Sociales, es decir, comunidades de personas con intereses comunes. **Las páginas de Facebook son ideales para hacer este trabajo**, y para que las personas no solo interactúen, sino que estén al día de las últimas informaciones relacionadas con empresas, marcas de este sector.

3. Grupos de Facebook

Facebook, además, ofrece la posibilidad crear grupos, que junto con las páginas, son muy útiles para darse a conocer y promocionar un emprendimiento. Los grupos son diferentes a las páginas (o fan pages), pues permiten una mayor interacción de los usuarios, poseen diferentes administradores y distintas opciones o permisos, entre otras características.

4. LinkedIn

LinkedIn es la Red Social profesional más conocida. Permite conectar con otras personas del mismo sector, y además **es clave para conseguir contactos profesionales e incluso trabajo.**

5. Youtube

Los textos no son la única manera de compartir conocimiento y aprender sobre Psicología, sino que el contenido audiovisual es muy útil en la actualidad. **El vídeo es un recurso educativo muy potente**, pues es versátil, motivador, informa y facilita el recuerdo, entre muchos otros beneficios.

6. Microblogging

El microblogging (por ejemplo, Twitter) también permite estar conectados con otros profesionales o que personas interesadas en la Psicología conecten con nosotros.

7. Psicoreg

Con los avances de la tecnología y de los teléfonos móviles también han aparecido nuevas apps que son de gran utilidad para estudiantes de Psicología, psicólogos e incluso pacientes.

Una de las más importantes es Psicoreg, una herramienta que es esencial para la práctica psicoterapéutica, pues facilita la comunicación entre el terapeuta y el paciente, y ayuda al psicólogo a organizar mejor su trabajo y que éste sea mucho más eficiente.

Gracias a esta app, los profesionales pueden gestionar el historial, la información sobre la medicación y las citas, y añadir registros que hacen que el proceso terapéutico sea más efectivo.

Los pacientes pueden acceder en cualquier momento a las notas que el psicólogo les facilita, llevar un mejor control de su medicación o comunicarse con el terapeuta por chat.

8. Apps para psicólogos

Con los avances de la tecnología y de los teléfonos móviles también han aparecido nuevas apps que son de gran utilidad para estudiantes de Psicología, psicólogos e incluso pacientes.

9. Skype

Las videollamadas son útiles para comunicarnos con personas que están lejos de nosotros, y los psicólogos pueden emplearlas, por ejemplo, para realizar **terapia online**. Esta forma de terapia aporta comodidad, pues es posible realizar las sesiones de terapia desde casa. Además ofrece confidencialidad, flexibilidad horaria e intimidad

10. Correo electrónico

El correo electrónico es esencial para cualquier persona, ya sea para su día a día o para su labor profesional. Entre las ventajas de esta forma de comunicación encontramos: bajo costo, mayor velocidad, comodidad, ayuda al medio ambiente con el ahorro de papel, etc. Los más populares son Gmail y Hotmail, aunque si estás dudando entre estas dos plataformas, te recomendamos encarecidamente la primera: Gmail.

11. Buscadores online

Los buscadores online son de gran interés para los psicólogos, ya sea para buscar información o para aparecer en ellos y que los potenciales pacientes te contacten.

12. Google Calendar

La organización es clave para realizar un buen trabajo, y los calendarios online nos facilitan mucho esta labor. Uno de los más utilizados y efectivos es Google Calendar, que **te permitirá no olvidarte de ninguna cita o tarea que tengas que realizar.**

13. Realidad virtual

Especialmente para los psicólogos expertos en fobias, la realidad virtual se ha convertido en una herramienta muy útil para exponer al paciente a estímulos fóbicos sin la necesidad de que estos estén presentes.

4.6.- Técnicas de autoinforme: problemas de ansiedad.

El término autoinforme hace referencia a la información verbal que un individuo proporciona sobre sí mismo o sobre su comportamiento. Aunque dicho término suele ser utilizado normalmente con respecto a instrumentos como los cuestionarios, inventarios y escalas, también se han incluido dentro de los mismos instrumentos como la entrevista y el pensamiento en voz alta. En este temario, autoinforme hace referencia a los primeros instrumentos mencionados (ya que la entrevista, por ejemplo, se incluye en un tema específico). Por otra parte, dentro de los autoinformes se incluirán tanto las técnicas llamadas psicométricas, como algunas de las llamadas subjetivas (las que el sujeto completa refiriéndose a sí mismo).

Finalmente, los autorregistros autoobservacionales (ya vistos en el tema anterior) son, en realidad, autorregistros. Es el procedimiento de evaluación más antiguo pero también el más criticado. Dentro de la Psicología, se empezó a usar por los estructuralistas de Wundt (introspección) y continuó utilizándose por los funcionalistas de James, los psicoanalistas y los psicométricos. El conductismo de Watson y Skinner acusó a los autoinformes de no presentar las debidas garantías científicas. Sin embargo, a pesar de que esta técnica ha sido rechazada desde un punto de vista teórico, en la práctica ha gozado de una amplia difusión. Dos son los motivos de ello: Por una parte, su carácter económico -en tiempo, personal especializado y dinero-; en este sentido, los autoinformes tienen una elevada razón coste-eficacia, es decir, se puede obtener una gran cantidad de información con una inversión mínima del tiempo del paciente o del terapeuta. Por otra parte, la revalorización de los factores cognitivos en la explicación del funcionamiento psicológico y en la intervención terapéutica. En este contexto, el informe del sujeto puede no ser objetivo (contrastable por otros medios), pero es útil porque refleja la visión que el sujeto tiene de su conducta o de su entorno.

Un sujeto puede informar sobre sus conductas motoras (nº de cigarrillos consumidos), fisiológicas (si sufre taquicardias) y cognitivas (si tiene ideas de suicidio); también puede informar sobre su experiencia subjetiva sobre algo (si cree que fuma demasiado, o si se siente feliz), sus atribuciones (sobre la causa de su trastorno), sus expectativas futuras, o cómo percibe una situación determinada. Sin embargo no puede concedérsele la misma exactitud a todo tipo de información suministrada de esta forma por el sujeto. Las manifestaciones externas (motoras o fisiológicas) pueden y deben ser contrastadas por otros instrumentos de evaluación (observación, registros psicofisiológicos...). Las manifestaciones internas no pueden comprobarse prácticamente con ningún otro instrumento de evaluación. Así el autoinforme cognitivo es el método prioritario y casi único en este ámbito. No obstante, lo cognitivo no es totalmente informable por el sujeto, existen procesos automáticos que el sujeto no es consciente de que los realiza por lo que no pueden ser estudiados por autoinformes. Lo cognitivo tiene tres componentes:

- Contenidos: El producto de la actividad cognitiva. El sujeto es consciente de ellos y puede informar sobre los mismos (pensamientos).
- Procesos: El conjunto de operaciones secuenciales que realiza el sujeto para resolver una situación o llegar a un contenido. El sujeto puede informar de algunos de ellos (los de control voluntario) pero no de todos (los automáticos).
- Estructuras: Las organizaciones estables que subyacen a los fenómenos y procesos cognitivos (el filtro atencional de Broadbent o la memoria a largo plazo de Simon). El sujeto no puede informar sobre ellas.

Para contrastar la información obtenida por medio de autoinformes cognitivos, se han usado estrategias como relacionar lo cognitivo con respuestas fisiológicas o motoras; así si el sujeto informa de que siente ansiedad, se puede intentar corroborar midiendo el aumento de la tasa cardíaca, la variación en la actividad electrodermal u observando su comportamiento motor. Sin embargo, no siempre existe una relación clara entre los tres componentes de la conducta y no es aconsejable predecir una modalidad basándose en las otras dos, a no ser que exista evidencia previa en el sujeto. Otra estrategia de contraste de la información obtenida en los autoinformes cognitivos es la de comparar varios de estos autoinformes que se refieran a la misma área (autorregistros, cuestionarios...) o, incluso, entrevistas.

La utilización de la información procedente de esta fuente difiere de la que se lleva a cabo en las orientaciones tradicionales, puesto que tanto la concepción teórica como la metodológica son totalmente distintas. En primer lugar, ésta se ajusta a una mayor especificidad conductual y situacional; en segundo lugar, se toma el autoinforme como muestra de la conducta del sujeto; y, en tercer lugar, los datos de un sujeto tienen significado directamente, se hacen comparaciones intrasujetos.

2. Clases de variables

Históricamente los autoinformes se utilizaron para medir atributos de personalidad al encontrar correlatos entre manifestaciones verbales y diferentes rasgos. También se usaron para evaluar estados dependientes de situaciones como ansiedad, miedo, estrés... Desde el paradigma cognitivo-conductual se usan para recoger información sobre las conductas problema o específicamente sobre contenidos y procesos cognitivos. Así, podemos hablar de cuatro clases de variables sobre las cuales recogen información los autoinformes:

A) Rasgos, dimensiones o factores. Los más conocidos son los test de personalidad. Son autoinformes tipificados que, contruidos a través de procedimientos psicométricos, permiten obtener la posición relativa de un sujeto en una determinada variable intrapsíquica tras la comparación de sus respuestas con las del grupo normativo (perspectiva internalista). Sus características son las siguientes:

- Para la mayoría de ellos, la conducta informada es un indicador de un atributo subyacente presente en distinto grado en todos los sujetos (por ejemplo el rasgo de extraversión). Sin embargo, los más actuales (como los basados en la teoría de los Cinco Grandes), sirven para encontrar empíricamente correlatos entre conductas y predecir el comportamiento, pero nunca como signo o manifestación de atributos intrapsíquicos.
- Suponen una medida indirecta de un atributo o característica, ya que lo que realmente se mide no es el atributo en sí sino la conducta que este genera o modula.
- Sus elementos han sido elegidos a través de estrategias racionales, empíricas o factoriales:

- Racionales: los ítem se eligen por el autor del autoinforme basándose en la teoría de la que parte. El DPI (Inventario de Personalidad Dinámica) del psicoanalista Gryeger tiene elementos como “¿Le gusta comer alimentos blandos?” para evaluar la “oralidad receptiva”.

- Empírica: los ítem se eligen por discriminar entre diferentes grupos de población. El MMPI (Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota) de Hathaway y McKinley se construyó utilizando comentarios de sujetos normales y de diferentes psicopatologías en cada escala. Así, se incluye el ítem “Cristo realizó milagros tales como cambiar el agua en vino” perteneciente a la escala de “Dominancia”.

- Factorial: los ítem se eligen por medio de análisis estadísticos que miden la importancia de cada ítem en cada factor. El EPI (Inventario de Personalidad de Eysenck) incluye el ítem “se preocupa por desgracias que podrían suceder” perteneciente a la escala de “Neuroticismo” porque estadísticamente es el que más peso tiene dentro de ese factor.

- Se han construido con una estrategia entregrupos: las respuestas del sujeto se comparan con las de un grupo normativo para obtener la posición de éste dentro del grupo

. - Parten de la hipótesis de la generalidad de la conducta en todas las situaciones, es decir, no se tiene en cuenta la especificidad situacional de la respuesta. - Se basan en el modelo diferencial/psicométrico y en el médico/psiquiátrico.

B) Estados.

Se trata de instrumentos de autoinforme contruidos desde modelos en los que se enfatiza la especificidad del comportamiento (perspectiva situacionista) o sea, la dependencia de la conducta ante estímulos presentes en la situación. Así, por ejemplo, la ansiedad puede ser entendida como la predisposición del sujeto a comportarse ansiosamente en todas las situaciones (es decir como rasgo) o como la respuesta ansiosa que el sujeto puede dar ante determinadas situaciones y determinados estímulos (es decir como estado). El STAI (State-Trait Anxiety Inventory) de Spielberger mide estos dos aspectos de la ansiedad. Sus características fundamentales son:

- La respuesta al autoinforme es considerada como una muestra de conducta en una situación concreta. - En el caso de conductas, hacen referencia fundamentalmente a dimensiones específicas como ansiedad, ira, etc. En el caso de situaciones, bien se seleccionan en función de presupuestos teóricos (ansiedad preoperatoria, hostilidad en la conducción...), bien son de naturaleza abierta para poder evaluar los estímulos y situaciones que pueden resultar importantes (STAI estado).

C) Repertorios clínico-conductuales.

La perspectiva conductual rechaza el uso de los autoinformes de evaluación de dimensiones de personalidad. No por los autoinformes en sí, sino por razones teóricas: de unas pocas informaciones, no se pueden inferir rasgos que explican la conducta la cual es predicha partiendo de manifestaciones sobre experiencias subjetivas. Sin embargo, los evaluadores conductuales aceptan el uso de autoinformes pero sólo como muestras de conducta y no como signos de la existencia de constructos intrapsíquicos. Los autoinformes de repertorios clínico-conductuales se dirigen al análisis funcional de la conducta y son un grupo de autoinformes que pretenden evaluar una serie de trastornos de conducta como miedos, depresión, obsesiones, etc. Sus características son las siguientes:

- Constan de una serie de comportamientos cognitivos, motores o fisiológicos que han sido seleccionados en virtud de su frecuencia de aparición en un determinado trastorno de conducta.
- Los datos obtenidos son considerados como muestra de un tipo determinado de conducta perturbada y no como un indicador de rasgos intrapsíquicos.
- Tales comportamientos están relacionados con situaciones específicas de la vida.
- Las conductas no son tomadas en agregado (no suele haber puntuación sumativa como en los test de personalidad. En el BDI -Inventario de Depresión de Beck-, si bien se recoge la puntuación total del instrumento, es más informativo el estudio de los ítem por áreas: suicidio, tristeza, culpabilidad, sentimientos de fracaso...).

D) Contenidos y procesos cognitivos. Este tipo de autoinformes ha sido desarrollado desde el modelo cognitivo-social del aprendizaje y más concretamente desde el enfoque cognitivo-conductual. Se admite pues que los procesos cognitivos pueden tener un papel mediador en la conducta manifiesta (componente motor) y en las respuestas autonómicas (componente fisiológico), por lo que es importante su evaluación y medida. Sus características principales son:

- Las respuestas a estos autoinformes son tanto muestras de conducta cognitiva como indicadores de estructuras cognitivas.
- Las muestras de conductas cognitivas son evaluadas en o durante la situación problema, sin embargo, cuando son indicadores de la existencia de estructuras cognitivas, no hay referencia situacional.

- Tales repertorios son útiles:

a) cuando el problema del sujeto es de naturaleza cognitiva (p. ej: pensamientos irracionales). En este caso la información obtenida en los autoinformes es la variable dependiente que da información sobre la intensidad, duración o adecuación de la conducta problema y su respuesta ante el tratamiento. Ejemplo de este tipo de autoinformes sería el Inventario de temores de Wolpe y Lang.

b) cuando los repertorios cognitivos son importantes en la determinación de trastornos motores o fisiológicos (p. ej: atribuciones erróneas que inhiben el comportamiento motor en la depresión). en este caso la información obtenida en los autoinformes son la variable independiente a manipular. Ejemplo de este tipo de autoinformes sería la Escala de Creencias de Malouff y Schutte.

c) cuando es necesario controlar ciertas habilidades de cara al tratamiento (p. ej: capacidad imaginativa para tratamientos encubiertos o expectativas sobre la intervención).

En este caso la información obtenida en los autoinformes es una variable moduladora del tratamiento. Ejemplo de este tipo de autoinformes sería el Inventario de Refuerzos de Cautela y Kastenbaum. Fundamentalmente, se habla de tres tipos de repertorios de conductas cognitivas:

1) Creencias, atribuciones. Son repertorios ligados a la percepción que el sujeto tiene de su ambiente. Cómo el sujeto selecciona, valora o explica su mundo físico o social. Las creencias (dar por ciertas cosas no probadas) y las atribuciones (señalar una cosa como causa de la otra) median en trastornos como la depresión, fobias o disfunciones sexuales.

2) Automensajes o autoinstrucciones. Son repertorios relacionados con lo que piensa o lo que se dice el sujeto ante determinadas situaciones. Los automensajes tales como “lo voy a conseguir”, “soy un desastre”... a veces son difíciles de explorar por producirse de forma automática. Las autoinstrucciones se utilizan para resolver diferentes tareas y de 9 ellas se infieren procesos o estrategias cognitivas útiles en el tratamiento de problemas como la hiperactividad. 3) Expectativas. Repertorios relacionados con las consecuencias del comportamiento y con el funcionamiento motivacional. Se utilizan para conocer la confianza del sujeto en el tratamiento o para examinar estímulos que al sujeto le son reforzantes.

3. Clasificación de los autoinformes.

Aunque realmente existen características comunes a todos los autoinformes, las posibilidades en el dar y pedir información son muchas. Así, los autoinformes son clasificados atendiendo sobre todo a dos criterios: A) Tiempo de referencia. Es importante tener en cuenta la diferencia entre el tiempo en que ocurrió el evento sobre el que se informa y el mensaje verbal del sujeto sobre el mismo. De este modo, según el tiempo de producción del evento podemos hablar de tres tipos de autoinformes:

- **RETROSPECTIVOS.** Se refieren a sucesos pasados. Es importante tener en cuenta el tiempo exacto transcurrido entre el autoinforme y el evento informado; en este sentido, los que contengan información sobre el pasado reciente proporcionan una información más fidedigna. Si la información procede del pasado lejano habrá de ser contrastada con otras fuentes de información. Si es del pasado próximo tendrá que ser verificada mediante informes actuales.

- **CONCURRENTES.** Son aquellos en los cuales el sujeto puede dar cuenta de lo que está ocurriendo en el mismo momento de producirse. Su problema principal está en el hecho de que las verbalizaciones concurrentes son reactivas y pueden alterar las respuestas. Para solventar este problema algunos autores sugieren recoger la información del sujeto inmediatamente después de haberse producido el evento.

- **FUTUROS.** Incluye aquellos en los que el sujeto informa sobre lo que cree o piensa que va a ocurrir, siendo especialmente interesantes cuando lo que interesa es el grado de predictibilidad del informe. Sólo serán predictivos en la medida en que se refieran a conductas motoras, fisiológicas o conductuales en situaciones específicas, el sujeto tenga experiencia con ese evento y no se realicen inferencias.

B) Tipo de preguntas formuladas. Los autoinformes pueden también clasificarse en función del grado de estructuración de las preguntas. Desde este punto de vista podría hablarse también de tres tipos de autoinforme:

- Los que constan de una serie de preguntas claramente definidas a las que el sujeto debe responder en forma también prefijada. Tales autoinformes difieren no obstante en el grado de generalidad de las preguntas. La evidencia empírica muestra que cuanto más específico es un autoinforme mayor valor predictivo posee (cuestionarios, inventarios y escalas).

- Aquellos en los cuales al sujeto se le da una hoja de registro casi en blanco para que anote en ella las cuestiones sobre las que pretendemos que informe (autorregistro).

- Aquellos en los que se da total libertad al sujeto en sus respuestas y se le insta a que lo haga como mejor le parezca (autobiografía, autobiografía). La información obtenida suele referirse al propio sujeto, y en ese sentido constituye un autoinforme.

C) Tipo de respuesta solicitada. Habría cuatro tipos: - Los de respuesta abierta: el sujeto tiene libertad de elección de la respuesta (autorregistro, autobiografía...).

- Los de respuesta dicotómica: el sujeto debe elegir entre sí-no, verdadero-falso... Este tipo de autoinforme es conocido como cuestionario.

- Los de respuesta escalar: el sujeto debe puntuar en una escala (numeral por ejemplo de 0 a 5, o bien del tipo nada, algo, bastante, mucho...). Este tipo de autoinforme es conocido como escala.

- Los de respuesta ipsativa: el sujeto debe ordenar según sus preferencias una serie de elementos (profesiones, actividades, adjetivos que le describen...). Este tipo de autoinforme es conocido como inventario.

4.7.- Técnicas de autoinforme: problemas de depresión.

Entre los instrumentos que miden depresión unos se dirigen de modo exclusivo a la medida del afecto deprimido, mientras que otros cubren además las respuestas motoras y fisiológicas. El Inventario para la Depresión de Beck (BDI), de 1961, es el más utilizado actualmente. Cada uno de sus 21 ítem está constituido por 4 frases que reflejan distinta intensidad del síntoma en cuestión y que son puntuadas de 0 a 3. El sujeto debe elegir cuál de las alternativas se aplica preferentemente a su estado actual. El Inventario de Beck no se centra tanto en los aspectos manifiestos de la conducta cuanto en el componente cognitivo-subjetivo. Presenta una buena validez concurrente y discrimina bien entre depresión y ansiedad.

4.8.- Observación de conductas en ambiente natural para un análisis funcional.

Métodos y estrategias de evaluación conductual Al igual que los datos recopilados durante el proceso de evaluación, los métodos y estrategias utilizados afectan a los tipos de datos que se reúnen y a su validez. En consecuencia, los datos recopilados durante el proceso de evaluación,

ya fuese en una aplicación clínica o en una investigación más controlada, afectarán a la validez de nuestro criterio sobre los problemas conductuales de una persona y los objetivos del tratamiento. De este modo, el paradigma de la evaluación conductual emplea métodos y estrategias de evaluación que pueden capturar la naturaleza dinámica y condicional de los problemas conductuales de una persona. Es decir, cómo el comportamiento y sus causas pueden modificarse con el paso del tiempo (p.ej., cambios diarios o semanales), la configuración (p.ej., casa versus trabajo), y los contextos (p.ej., los diferentes estados de la persona). Este énfasis en la sensibilidad al cambio sirve para mejorar la validez de nuestros criterios en la investigación clínica y la formulación de casos clínicos, lo que facilita las decisiones de tratamiento, las predicciones sobre el riesgo de sufrir daños o la recaída después del tratamiento, y la estimación de los resultados del tratamiento. En este apartado se revisa la utilidad, los beneficios y las limitaciones de varios métodos y estrategias de evaluación conductual. Se muestra cómo la recopilación de datos es a menudo idiográfica y específica para los objetivos de la evaluación, ya que proporciona un breve escenario clínico o de investigación al comienzo de cada método revisado. Un resumen de estos métodos se muestran en la Tabla I. A lo largo de este apartado haremos hincapié en la recopilación de datos mediante múltiples métodos de recopilación de datos (p.ej., las entrevistas funcionales y las observaciones análogas) a partir de múltiples fuentes (p.ej., cónyuge, compañeros de trabajo, y profesores) para mejorar la validez, utilizando como criterio los datos obtenidos. Le remitimos a Haynes y Heiby (2004) y Hersen (2006a y 2006b) para debates más extensos sobre los métodos y estrategias empleados en la evaluación conductual.

Las observaciones naturalistas son poderosos métodos de evaluación para abordar cuestiones relacionadas con las interacciones medio-conducta. Tienen una buena validez ecológica, es decir, cómo los datos obtenidos a partir de un método de evaluación particular representan los datos que se habrían obtenido de los mismos objetivos en el entorno natural de interés. Pueden llevarse a cabo por un observador externo o bien un observador participante, como el ayudante de un profesor, que ya forma parte del entorno natural. Las observaciones directas en el medio natural pueden ser útiles en la medición de eventos muy específicos relacionados con las dimensiones y las funciones (es decir, las contingencias de respuesta, como la atención o evitación de una tarea desagradable, que puede servir para mantener un comportamiento)

de un problema conductual y sus probabilidades condicionales (es decir, la probabilidad de que ocurran) con el paso del tiempo (Hartmann, Barrios y Wood, 2004). En nuestro escenario, el ayudante del profesor podría observar y registrar la frecuencia con la que el estudiante le interrumpía durante una clase, así como lo que ocurre justo antes (es decir, eventos antecedentes) y justo después (es decir, las consecuencias) de la interrupción.

Con observaciones naturalistas puede hacerse uso de varias estrategias de muestreo, solas o combinadas. Este muestreo puede consistir en la observación de un solo subconjunto del grupo principal de personas observadas (p.ej., observar toda la clase frente a observar solo la interacción profesor-alumno); el muestreo también se puede centrar en la observación de un subconjunto de conductas (p.ej., interrupciones verbales frente a interrupciones no verbales); y además se ha de seleccionar el tiempo de muestreo, a partir de la observación solo en momentos predeterminados. En nuestro escenario, el ayudante del profesor podría observar el número de veces que el estudiante (muestreo de personas) interrumpe verbalmente (muestreo de conductas) al profesor durante una lección de matemáticas de 30 minutos (muestreo de tiempo) en la misma aula.

Al realizar observaciones naturalistas, los problemas conductuales y los eventos ambientales pueden ser registrados manualmente y codificados en tiempo real o grabados con instrumentos (p.ej., vídeo o grabadora) y posteriormente codificados para registrar problemas conductuales específicos (Dishion y Granic, 2004). Los observadores también pueden utilizar ordenadores portátiles o PDA para registrar los eventos en tiempo real, así como desarrollar un sistema de codificación sistemática o adoptar previamente sistemas de codificación desarrollados que incluyen las Grupo Contextos www.conducta.org | definiciones operativas de las conductas y eventos ambientales de interés (Kerig y Lindahl, 2001). En nuestro escenario, el estudiante y la clase podrían haberse grabado en video para su posterior codificación, en lugar de hacer que el ayudante del profesor registre sus observaciones durante las clases en directo.

Las observaciones naturalistas permiten una mayor precisión y especificidad en la medición de las interacciones medio-conducta de un individuo. Se trata de un método de evaluación flexible y fácil de realizar (p.ej., puede hacerlo cualquier persona que aprenda el sistema de codificación) y puede utilizarse en las conductas, las poblaciones y el contexto que se desee (p.ej., el colegio, el hogar, situaciones sociales, en la calle). La observación conductual también es susceptible a

las estrategias de evaluación con diseños de series temporales, una estrategia valiosa para la identificación de relaciones funcionales entre los problemas conductuales y los posibles factores de control (Kahn y Iwata, 1998).

4.9.- Análisis de casos.

Ejemplo de análisis de caso. (Análisis de caso Dora)

<http://caece.opac.com.ar/gsd/collect/apuntes/index/assoc/HASH0189.dir/doc.pdf>

Integración de expediente físico.

Bibliografía

- O'Neill, R.E., Albín, R.W., Storey, K., Sprague, J.R., *Funcionnal Analysis of Problem Behavior. Practical Assessment Guide*, 1 990, Illinois, Sycamore.
- Cooper, J., Heron, T. & Heward, W. (2007). *Applied Behavior Analysis*. Palo Alto, California: Prentice Hall.
- Fernández-Ballesteros, R. (1993). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI
- Patricia Bolaños Ríos. *Trastornos de la Conducta Alimentaria 18 (2013) 1981-2007*.
- Cooper, J., Heron, T. y Heward, W. (2007). *Applied Behavior Analysis*. California: Prentice Hall
- Fernández-Ballesteros, R. (1984). Aportaciones de la evaluación conductual a la reformulación del concepto de diagnóstico psicológico. *Anuario de Psicología*, 30/31, 34-44.
- Fernandez-Ballesteros, R. (1993). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
- Barragán, T., Flores, M., Morales, C., González, V. & Martínez, R. (2008) *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta* (2ª edición). México: CONADIC.
- Echeverría, S., Ruiz, T., Salazar, G. & Tiburcio, S. (2008). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema* (2ª edición). México: CONADIC.
- Lira, M., González, B., Medina, N., Cruz, M. & Ayala, V. (2009). *Programa de intervención breve motivacional para fumadores*. México: Centro de Prevención y Atención de Adicciones, UNAM y Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Martínez, M., Salazar, G., Jiménez, P., Ruiz, T., Ayala, V. (2010). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA) Manual del terapeuta* (3ª edición). México: CONADIC.
- Molina Moreno Antonio (2001), *psicología de niños y adolescentes*. 23-40
- Fernandez Ballesteros Rocío (2013). *Evaluación psicológica* (2º Edición), Madrid España. Editorial Piramide.
- <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>