

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/336375275>

# Manual práctico de evaluación psicológica clínica (2.<sup>a</sup> edición revisada y actualizada)

Book · September 2019

CITATION

1

READS

23,155

3 authors:



**Manuel Muñoz**

Complutense University of Madrid

115 PUBLICATIONS 1,506 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Berta Ausín**

Complutense University of Madrid

48 PUBLICATIONS 691 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Sonia Panadero**

Complutense University of Madrid

71 PUBLICATIONS 442 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



FOREVER PEOPLE PROGRAM: Intervention in nursing home for people with advanced dementia. [View project](#)



Estigma de los trastornos mentales [View project](#)

# Manual práctico de evaluación psicológica clínica

(2.ª edición revisada y actualizada)



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

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

# Manual práctico de evaluación psicológica clínica

**Manuel Muñoz López**  
**Berta Ausín Benito**  
**Sonia Panadero Herrero**

(2.ª edición revisada y actualizada)



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

Diseño de cubierta:

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

© Manuel Muñoz López  
Berta Ausín Benito  
Sonia Panadero Herrero

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

ISBN: 978-84-9171-410-1  
Depósito Legal: M. 29.041-2019

Impreso en España- Printed in Spain

Dedicatorias:

*A Manuel, mi padre, que se fue en estos años.*

*A Emma, mi hija, que llegó en estos años.*

Manuel Muñoz López

*A las maestras y maestros que me inspiraron para dedicarme a esto.*

*En especial, a Manolo, Alastair y M.<sup>a</sup> Ángeles.*

Berta Ausín Benito

*A Eva, mi hija, por darme la oportunidad de aprender juntas.*

*A Ernesto, mi compañero todos estos años.*

Sonia Panadero Herrero



# Índice

<i>Prólogo</i> .....	13
<b>1. Introducción al proceso de evaluación psicológica clínica</b> .....	17
1.1. Breve introducción histórico-conceptual a la evaluación psicológica clínica ..	17
1.1.1. Desarrollo de la psicopatología y el psicodiagnóstico, 18. 1.1.2. Desarrollos de las principales escuelas psicológicas, 20. 1.1.3. Desarrollo de la teoría psicométrica y de la medida en psicología, 23. 1.1.4. Desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso, 23	
1.2. Fundamentos básicos del proceso de evaluación psicológica clínica .....	25
1.2.1. Punto de partida metodológico, 26. 1.2.2. Tipo de información necesaria, 29. 1.2.3. Las pruebas de evaluación psicológica en el proceso de la evaluación psicológica clínica, 30. 1.2.4. La relación terapéutica a través del proceso de evaluación: las habilidades en función del paciente, 37	
1.3. Ejes de actividad, momentos y tareas en el proceso de la evaluación psicológica clínica: un modelo integrador .....	41
1.3.1. Análisis descriptivo, 43. 1.3.2. Diagnóstico, 44. 1.3.3. Análisis funcional y formulación, 45. 1.3.4. Diseño del tratamiento, 46. 1.3.5. Evaluación del cambio, 47. 1.3.6. Informes y devolución de información, 48	
<b>2. Detección de problemas y exploración inicial</b> .....	49
2.1. La detección de problemas de salud mental .....	49
2.1.1. Conceptualización, tareas y momentos en la detección de problemas de salud mental, 50. 2.1.2. Primer nivel de detección de un “caso”, 52. 2.1.3. Segundo nivel de detección: detección de un área problemática, 54.	



2.2.	La exploración inicial .....	56
	2.2.1. <i>Objetivos y funciones del primer contacto</i> , 56. 2.2.2. <i>La exploración inicial</i> , 59. 2.2.3. <i>Miniexamen del estado mental (Mini-mental)</i> , 66. 2.2.4. <i>Motivo de consulta</i> , 67	
2.3.	Caso clínico .....	68
<b>3.</b>	<b><i>Evaluación para el diagnóstico</i></b> .....	<b>71</b>
3.1.	El diagnóstico en el proceso de evaluación clínica .....	71
3.2.	Sistemas de diagnóstico actuales .....	75
	3.2.1. <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)</i> , 76. 3.2.2. <i>Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE)</i> , 80. 3.2.3. <i>Perspectivas alternativas: enfoque transdiagnóstico y modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología</i> , 83	
3.3.	Formas de proceder en el diagnóstico de los trastornos mentales .....	85
	3.3.1. <i>Cuestionarios</i> , 86. 3.3.2. <i>Entrevistas estructuradas</i> , 90. 3.3.3. <i>Entrevistas semiestructuradas</i> , 98	
3.4.	El diagnóstico a través de la evaluación clínica .....	102
3.5.	Caso clínico .....	103
<b>4.</b>	<b><i>Evaluación para el tratamiento I: análisis descriptivo</i></b> .....	<b>111</b>
4.1.	El análisis descriptivo en el proceso de evaluación .....	111
4.2.	Identificación de problemas .....	112
	4.2.1. <i>¿Que son los problemas?</i> , 113. 4.2.2. <i>Formas (técnicas) de identificar problemas</i> , 114. 4.2.3. <i>La lista de problemas</i> , 128	
4.3.	Análisis de secuencias .....	130
	4.3.1. <i>Aspectos cuantitativos del análisis de secuencias</i> , 131. 4.3.2. <i>Aspectos cualitativos del análisis de secuencias</i> , 137. 4.3.3. <i>Formas (técnicas) de recoger información sobre secuencias</i> , 139	
4.4.	Análisis del desarrollo .....	145
	4.4.1. <i>Etiología y curso de los problemas</i> , 145. 4.4.2. <i>Formas (técnicas) de recoger información sobre el inicio y curso de los problemas</i> , 152	
4.5.	Variables de la persona .....	157
	4.5.1. <i>Variables relacionadas con el problema</i> , 158. 4.5.2. <i>Variables relacionadas con la intervención</i> , 162	
4.6.	Variables del contexto .....	165
	4.6.1. <i>Condiciones físicas</i> , 166. 4.6.2. <i>Condiciones sociales</i> , 169	
4.7.	Apuntes para la consideración de aspectos transversales en el proceso de evaluación .....	172
4.8.	Caso clínico .....	177

<b>5. Evaluación para el tratamiento II: análisis funcional y formulación clínica</b> .....	189
5.1. Análisis funcional y formulación clínica .....	189
5.2. Relaciones funcionales y causales .....	195
5.2.1. Condiciones y tipos de las relaciones causales, 196. 5.2.2. Límites de las relaciones causales, 197	
5.3. Modelos de formulación clínica del caso .....	202
5.3.1. Modelos específicos, 204. 5.3.2. Modelos generales para la formulación clínica, 207. 5.3.3. Modelos instrumentales para la formulación clínica, 222	
5.4. Modelo integrador para la formulación clínica .....	229
5.4.1. Definición de formulación clínica del caso, 229. 5.4.2. Integrar la información descriptiva: análisis de los problemas, 231. 5.4.3. Integrar la información diagnóstica, 235. 5.4.4. Integrar toda la información: formulación clínica del caso, 237	
5.5. La acumulación de evidencias y el contraste de las hipótesis .....	242
5.5.1. Contraste experimental y cuasiexperimental, 244. 5.5.2. Contraste correlacional, 245	
5.6. Caso clínico .....	249
<b>6. Devolución de información y apuntes para el diseño del tratamiento</b> .....	255
6.1. Después de la formulación de caso .....	255
6.2. Devolución de información al paciente .....	256
6.2.1. Devolución oral de la información: la entrevista de devolución de información, 258. 6.2.2. Devolución escrita de la información: la elaboración de informes psicológicos clínicos, 262	
6.3. Formulación de caso vs. diagnóstico: implicaciones para el diseño de la intervención .....	263
6.4. Apuntes para la planificación del tratamiento .....	268
6.4.1. Objetivos de la intervención, 269. 6.4.2. Elección de variables sobre las que intervenir, 271. 6.4.3. Selección de las técnicas, 276. 6.4.4. Temporización del tratamiento, 281	
6.5. Caso clínico .....	283
<b>7. Evaluación de seguimiento y resultados</b> .....	287
7.1. Evaluación de seguimiento: la medida del cambio .....	287
7.2. Evaluación individualizada durante el tratamiento: características, funciones y estrategias .....	289
7.2.1. Indicadores del cambio, 291. 7.2.2. Técnicas de evaluación, 293. 7.2.3. Implicaciones de la evaluación: reformulación del caso, 297. 7.2.4. Evaluación de seguimiento, 299	

7.3. Evaluación de la efectividad de los tratamientos .....	300
7.3.1. Dominios de evaluación, 303. 7.3.2. Informantes, 307. 7.3.3. Instrumentos de medida, 308. 7.3.4. Temporización de la medida, 311	
7.4. Caso clínico .....	313



## CONTENIDOS DIGITALES

### 8. Recursos para la evaluación

- 8.1. Lecturas recomendadas.
- 8.2. Webgrafía.
- 8.3. Materiales.
  - 8.3.1. Cuestionario de admisión.
  - 8.3.2. Plan personalizado de intervención.
  - 8.3.3. Modelo de consentimiento informado general en psicología.
  - 8.3.4. Modelo de consentimiento informado menores.
  - 8.3.5. Modelo de compromiso de información entre progenitores.
  - 8.3.6. Guía para la confección de la historia clínica.
  - 8.3.7. Aspectos éticos y legales relevantes en la elaboración de informes psicológicos clínicos (a partir de Pérez, Muñoz y Ausín, 2003; y Pérez, Ausín y Muñoz, 2006).
  - 8.3.8. Esquema de informe psicológico clínico (a partir de Pérez, Ausín y Muñoz, 2006).
  - 8.3.9. Guía de entrevista clínica general (a partir de Muñoz, 2001).
  - 8.3.10. Cuestionarios estudio clínico PsicAP (psicología en atención primaria) (Cano-Vindel *et al.*, 2016).
    - A) Cuestionario breve de salud del paciente-cribado depresión (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001).
    - B) Cuestionario breve de salud del paciente-trastorno de pánico (PHQ-PD) (Spitzer, Kroenke, Williams y Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group, 1999).

- C) Cuestionario breve de evaluación del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, 2006).
  - D) Cuestionario breve de salud del paciente-cribado de depresión y ansiedad (PHQ-4) (Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2009).
  - E) Cuestionario breve de salud del paciente-síntomas somáticos (PHQ-15) (Kroenke, Spitzer y Williams, 2002).
- 
- 8.3.11. Formulario para el examen del estado mental breve (APS Healthcare, 2017).
  - 8.3.12. Miniexamen del estado mental (*mini-mental*) (Folstein, Folstein y McHugh, 1975; versión incluida en la CIDI65+ de Wittchen *et al.*, 2014).
  - 8.3.13. Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2003).
  - 8.3.14. Medida de síntomas transversales del nivel 1 del DSM-5 autoevaluadas: adulto (APA, 2014).
  - 8.3.15. Normas para el uso de autorregistros.
  - 8.3.16. Escala de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud II (WHODAS-II –autoadministrado–) (OMS, 2000).
  - 8.3.17. Modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología (Forbes *et al.*, 2017).

### ***Bibliografía web***

# 2

## *Detección de problemas y exploración inicial*

Este capítulo comienza describiendo la *detección de problemas de salud mental* y sus dos niveles: detección de un caso y detección de un área problemática. Es imprescindible incluir protocolos de detección de problemas de salud mental en atención primaria ya que una de cada cuatro personas va a sufrir un problema de este tipo a lo largo de su vida. En la detección de casos clínicos es importante no pasar por alto ningún posible caso. En el primer contacto personal con el paciente, comienza el proceso de evaluación psicológica clínica (EPC) (con la *exploración inicial*), que no terminará hasta varios meses después de finalizado el tratamiento. El capítulo finaliza con la delimitación del motivo de consulta, verdadero inicio de la primera entrevista.

### **2.1. La detección de problemas de salud mental**

En los últimos años son muchos los estudios epidemiológicos que evidencian cómo los problemas de salud mental afectan a todos (ECA: Kessler *et al.*, 1994; ESEMED: Alonso *et al.*, 2004; WHO: Kessler y Ustun, 2008; MentDis\_ICF65+: Andreas *et al.*, 2017). Aunque son muchas las personas de todas las edades y grupos sociales afectadas por los trastornos mentales (una de cada cuatro personas va a sufrir un problema de salud mental a lo largo de su vida), una parte importante de estas personas no recibe ayuda profesional o tarda en hacerlo un número considerable de años. Este hecho puede deberse a varios motivos. Por un lado, hay una infradetección de problemas de salud mental por parte de los profesionales de atención primaria, que puede deberse a la escasez de adecuados instrumentos de detección de un trastorno mental en atención primaria. Tejada, Jaramillo y Sánchez-Pedraza (2014) proponen, para mejorar la detección de problemas de salud mental en atención primaria, el uso de instrumentos como el *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD), el *Patient Health Questionnaire* (PHQ) o la herramienta mundial de evaluación en salud mental (GMHAT). Los trastornos mentales comunes (trastornos de ansiedad, del estado

de ánimo, somatizaciones y trastornos adaptativos) son los que se encuentran con mayor frecuencia en atención primaria (Muñoz-Navarro *et al.*, 2017). Muchas de las personas que sufren uno de estos trastornos no son detectadas en atención primaria y, por consiguiente, no son derivadas a un profesional especialista en salud mental. En el estudio clínico PsicAP (“Psicología en atención primaria”, Cano-Vindel *et al.*, 2016), encuentran que un 39% de las personas con un trastorno común que acude a atención primaria no recibe ningún tratamiento. Para mejorar la detección de este tipo de trastornos en atención primaria, el estudio PsicAP propone el uso de diferentes versiones del cuestionario de salud del paciente (*Patient Health Questionnaire*), como son el PHQ-9, PHQ-4; PHQ-PD; y el GAD-7. Estos instrumentos han demostrado tener altos niveles de sensibilidad y especificidad para detectar diferentes trastornos emocionales, por lo que han sido incluidos en el capítulo 8 de este manual entre los recursos para la evaluación.

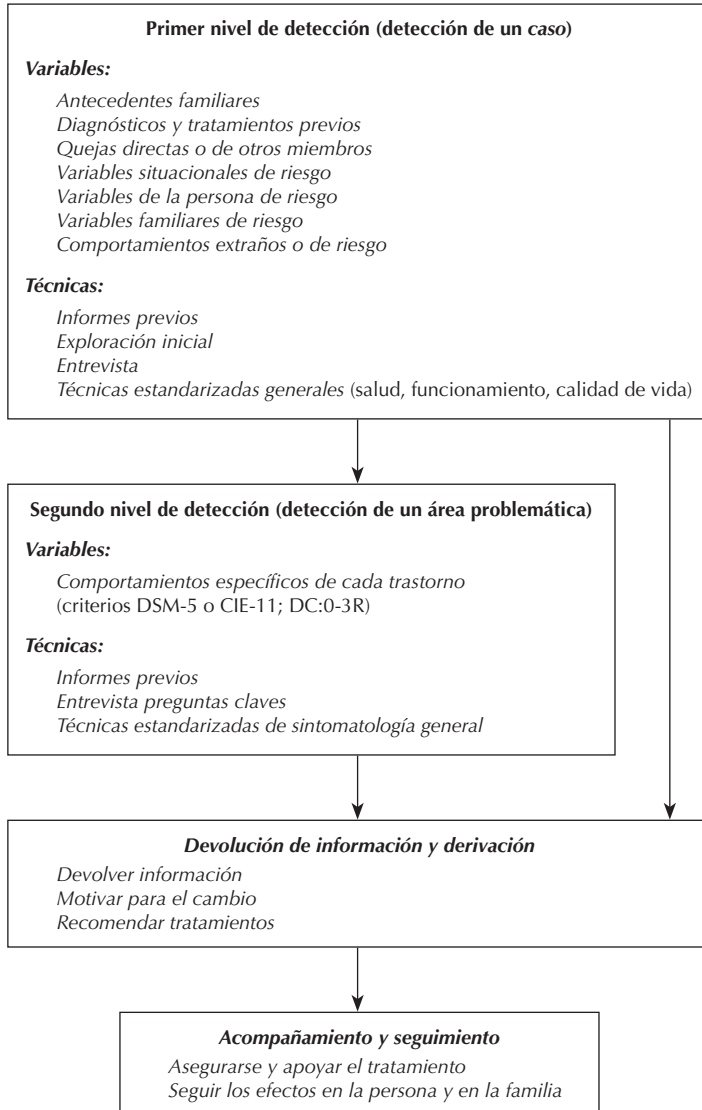
Por otro lado, las propias personas con problemas de salud mental se muestran, en muchas ocasiones, reacias a solicitar ayuda a los profesionales de la salud. Desde que una persona sufre los primeros síntomas de un problema de salud mental hasta que busca ayuda pueden pasar entre seis y ocho años (para los trastornos del estado de ánimo), y entre nueve y veintitrés años en el caso de los trastornos de ansiedad. El estigma hacia las enfermedades mentales que sufren las propias personas con un problema psicológico puede ser una variable que explique en gran medida esta conducta; hay que luchar contra este estigma internalizado, ya que, cuanto antes se detecten los problemas de salud mental, mejor será su pronóstico. Prestaremos atención al estigma internalizado en otro lugar de este manual.

### 2.1.1. Conceptualización, tareas y momentos en la detección de problemas de salud mental

La detección busca identificar posibles casos positivos. Se trata de identificar personas que pudieran estar sufriendo, o sufrir en un futuro próximo, un trastorno de salud mental. Detectar no es concretar el diagnóstico (proceso que implica sistemas diagnósticos y diferentes tareas e instrumentos de evaluación), ni siquiera conlleva necesariamente poder describir los síntomas principales del trastorno sufrido. Los instrumentos de detección señalan simplemente la probabilidad de que la persona evaluada sufra un trastorno, pero no indican cuál.

Ausín y Muñoz (2018) distinguen entre la detección de un posible *caso* y la de un posible *trastorno*. Estos autores señalan que la *detección de un caso* se produce cuando una persona dada tiene una probabilidad elevada de tener un trastorno de salud mental, pero no se puede especificar cuál. Por su parte, la *detección de un trastorno* significa que una persona tiene una probabilidad elevada de cumplir los criterios diagnósticos para un trastorno concreto o un grupo de trastornos relacionados. En líneas generales, la detección de posibles problemas psicológicos puede realizarse en diferentes momentos y mediante el uso de distintas estrategias y técnicas complementarias (Ausín y Muñoz, 2018). En la figura 2.1 se recoge un resumen de las tareas más relevantes para la detección de trastornos según estos autores, y en las siguientes páginas se explicará en cierto detalle los dos niveles de detección. El psicó-

logo podrá emplear ambos niveles de detección técnicas estandarizadas, que deberán contar con una validez de criterio adecuada: sensibilidad y especificidad de los instrumentos. En el capítulo 3 se abordarán con más detalle estos dos tipos de validez de criterio.



**Figura 2.1.** Tareas y herramientas relacionadas con la detección de problemas de salud mental.

*Fuente:* Ausín y Muñoz, 2018.

En la detección de casos clínicos es importante no pasar por alto ningún posible caso. En este sentido, es mejor cometer errores por exceso de celo (falsos positivos-sensibilidad) que dejar sin identificar a una persona (falsos negativos-especificidad).

### *2.1.2. Detección de un caso*

En este primer nivel de detección, el psicólogo no tiene que llegar a especificar el trastorno que pudiera estar sufriendo la persona, sino que bastaría con identificar una alta probabilidad de sufrir un problema (cualquiera) de salud mental para dar por exitosa la detección (Ausín y Muñoz, 2018). El mismo psicólogo realizará una evaluación y, si fuera necesario, un diagnóstico completo para confirmar (verdadero positivo) o desmentir (falso positivo) la detección.

En la figura 2.1 aparecen las variables relacionadas con los trastornos mentales que pueden ofrecer indicios y primeras pistas: las situaciones de riesgo, los momentos vitales de riesgo y los propios comportamientos indicativos de problemas. En primer lugar, las situaciones de riesgo no siempre generan trastornos mentales, pero es conocida su relación con los mismos. González de Rivera y Morera (1983) indican que los sucesos con mayor impacto psicológico son la muerte del cónyuge o pareja, quedarse sin trabajo, despido, problema legal grave y sufrir un repentino y serio deterioro de la audición o la visión. En segundo lugar, el psicólogo ha de tener en cuenta en la persona que está evaluando los momentos vitales de riesgo de carácter biológico, psicológico o social, como puede ser la adolescencia, la primera juventud, la madurez o la jubilación, ya que se trata de momentos vitales relacionados con cambios de rol, cambios biológicos y procesos adaptativos que pueden ser precursores o agravantes de algunos trastornos psicológicos o mentales. En tercer lugar, el psicólogo observará determinados comportamientos que no son síntomas específicos de ningún trastorno mental, pero que son indicativos de posible trastorno psicológico, como son la aparición de problemas de funcionamiento psicosocial en cualquier ámbito de actividad de la persona, cambios en el sueño o en la actividad física, aislamiento social, descuido del arreglo personal y la higiene o pérdida de autonomía personal.

El psicólogo podrá evaluar con detalle las situaciones, momentos y comportamientos de riesgo empleando técnicas y estrategias que sean útiles y tengan la calidad suficiente para la detección de trastornos mentales. Entre estas técnicas destacan la revisión de informes clínicos previos, la exploración inicial y otras estrategias de entrevista, y algunas técnicas estandarizadas de detección general de casos clínicos (figura 2.1), que se pasan a describir brevemente. En primer lugar, el psicólogo solicitará al paciente los informes clínicos, educativos, sociales, etc., que otro especialista haya podido realizar de esa persona, ya que son una fuente de información muy importante a la hora de identificar posibles problemas o momentos difíciles que la persona pueda haber vivido o estar viviendo en la actualidad. En segundo lugar, la técnica de exploración inicial, mediante estrategias de observación, conversación y exploración, permite al psicólogo recoger en todo momento información de las principales variables de funcionamiento cognitivo y psicológico (Othmer y Othmer, 2006), como son: apariencia personal, nivel de conciencia, comportamiento psicomotor, atención,



concentración, lenguaje, pensamiento, orientación espacio-temporal, memoria, afecto, estado de humor, energía, percepción, contenido del pensamiento, introspección, juicio, funcionamiento psicosocial, sugestionabilidad, pensamiento abstracto e inteligencia. Dada la relevancia de esta técnica, se abordará la exploración inicial en un apartado específico dentro de este capítulo. En tercer lugar, el psicólogo realizará una entrevista al paciente en la que abordará el impacto del posible problema en su vida. En este momento, puede resultar de utilidad incluir en la entrevista estrategias de detección muy generales, para, posteriormente, en el segundo nivel de detección, pasar a emplear técnicas estandarizadas o preguntas de detección más específicas. Por último, el psicólogo valorará el nivel de funcionamiento psicosocial o el estado de salud general de la persona, empleando una técnica estandarizada de detección general, generalmente un autoinforme en forma de cuestionarios o escalas. En el cuadro 2.1 se recogen algunos ejemplos de instrumentos del primer nivel de detección.

En resumen, el psicólogo utilizará estas variables y las principales técnicas (informes previos, la exploración inicial, la entrevista y las pruebas estandarizadas generales) para detectar un posible caso y pasará, si fuera necesario, al segundo nivel de detección.

**Cuadro 2.1.** *Ejemplos de instrumentos del primer nivel de detección (detección de un caso)*

<i>Pruebas estandarizadas (instrumento, autor/es y año de publicación)</i>	<i>Áreas de contenido</i>
Cuestionario de salud general (GHQ-12) (Goldberg, 1972)	Estado de salud general
Cuestionario de salud del paciente (PHQ) (Spitzer <i>et al.</i> , 1999)	Screening de trastornos mentales
Escala de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud II (WHODAS-II) (OMS, 2000)	Nivel de discapacidad
Cuestionario breve de salud general (SF-12) (Ware, Kosinski y Keller, 1996)	Estado de salud
Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) (APA, 1994)	Funcionamiento psicosocial
Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida (QOL) (Baker y Intagliata, 1982)	Satisfacción con el hogar, vecindario, alimentos, vestuario, salud, cohabitantes, amigos, familia, relaciones con otra gente, trabajo, tiempo libre, situación económica, etc.
Examen cognoscitivo MINI MENTAL (MMSE) (Folstein, Folstein y McHugh, 1975)	Detecta daño cognitivo
Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0 (WHO-DAS 2.0 autoadministrada) (Üstün <i>et al.</i> , 2010)	Nivel de discapacidad

### 2.1.3. Detección de un área problemática

Una vez que el psicólogo ha detectado alguna de las situaciones, momentos vitales anteriores o alguno de los comportamientos mencionados en el punto anterior, hay que continuar evaluando para tratar de detectar el área principal del problema e intentar identificar el trastorno que puede estar sufriendo la persona. Una vez más, para avanzar en la detección del área problemática afectada, el psicólogo cuenta, como se recoge en la figura 2.1, con variables específicas relacionadas con los síntomas (criterios diagnósticos) de las principales áreas del problema y de los trastornos mentales más prevalentes. Cuenta también, en este segundo nivel de detección, con técnicas o estrategias específicas. Como señalan Ausín y Muñoz (2018), en este segundo nivel de detección, las estrategias y técnicas disponibles son las mismas que en el primer nivel de detección (figura 2.1): informes previos, entrevista y técnicas estandarizadas de sintomatología general; mientras que otras son técnicas especializadas para detectar áreas problemáticas (instrumentos generales) o áreas específicas e incluso trastornos (instrumentos específicos). Los comportamientos específicos propios de cada trastorno vienen definidos e incluidos como criterios en los manuales diagnósticos más importantes (DSM-5 y CIE-11), que se abordarán en el capítulo 3 de este manual. En cuanto a las técnicas específicas de este segundo nivel de detección, hay que destacar la entrevista de detección de áreas problemáticas.

En el capítulo 8 se recoge la entrevista de detección de trastornos (Vázquez y Muñoz, 2003), que incluye preguntas para detectar problemas en diecinueve áreas (depresión, ansiedad, problemas de sueño...) a través de cuarenta preguntas de detección. El psicólogo formula una a una las preguntas de la sección en la que considere que la persona presenta un problema. Si la persona respondiera de forma positiva a alguna de las preguntas, el psicólogo pasaría a formular unas preguntas adicionales para concretar todavía más si la persona sufre o no un problema en un área concreta. En el cuadro 2.2 se recogen algunos ejemplos de técnicas estandarizadas de sintomatología general que el psicólogo puede utilizar en este nivel de detección.

Una vez detectado un posible problema de salud mental, el psicólogo continuará con el proceso de EPC, que implica distintos ejes, momentos y tareas, y que se abordará en los siguientes capítulos de este manual.

**Cuadro 2.2.** *Ejemplos de instrumentos del segundo nivel de detección (detección de un área problemática)*

<i>Pruebas estandarizadas (instrumento, autor/es y año de publicación)</i>	<i>Áreas de contenido</i>
Instrumento de detección de la entrevista diagnóstica general (CIDI Screening) (OMS, 1993)	Detecta posibles casos
Instrumento de detección de la entrevista diagnóstica general (CIDI65+ Screening) (Wittchen et al., 2015)	Detecta posibles casos

[.../...]

**Cuadro 2.2.** (Continuación)

Pruebas estandarizadas (instrumento, autor/es y año de publicación)	Áreas de contenido
Entrevista de detección de trastornos (Vázquez y Muñoz, 2003)	Sintomatología de depresión mayor y distimia; manía; hipomanía; ansiedad generalizada; trastorno de pánico; agorafobia; fobia social; fobia específica; obsesiones; compulsiones; trastorno dismórfico corporal; abuso y dependencia del alcohol; abuso y dependencia de otras drogas; bulimia nerviosa; anorexia nerviosa; trastorno por estrés postraumático; psicosis; sueño; sexuales; adaptativas
Cuestionario breve de salud del paciente-síntomas somáticos (PHQ-15) (Kroenke, Spitzer y Williams, 2002)	Síntomas somáticos
Cuestionario breve de salud del paciente-cribado depresión (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001)	Síntomas de depresión
Cuestionario breve de evaluación del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, 2006)	Trastorno de ansiedad generalizada
Cuestionario breve de salud del paciente-trastorno de pánico (PHQ-PD) (Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2009)	Trastornos de pánico
Cuestionario breve de salud del paciente-cribado depresión y ansiedad (PHQ-4) (Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2009)	Depresión y ansiedad
Medidas de síntomas transversales del nivel 1 del DSM-5 autoevaluadas: adulto (APA, 2014)	Trece dominios psiquiátricos: depresión, ira, manía, ansiedad, síntomas somáticos, ideas suicidas, psicosis, problemas de sueño, memoria, pensamientos y comportamientos repetitivos, disociación, funcionamiento de la personalidad y consumo de sustancias
Escala de resultados de salud y funcionamiento psicosocial (HoNOS) (Wing, Lelliott y Beevor, 1999)	Problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental
Escala de evolución para personas mayores de 65 años (HoNOS65+) (Burns <i>et al.</i> , 1999)	Problemas físicos y psicosociales de las personas mayores de sesenta y cinco años que presentan un problema de salud mental
Índice Barthel (Mahoney y Barthel, 1965)	Discapacidad física en personas mayores
Cuestionario de <i>screening</i> de ansiedad (ASQ-15) (Wittchen y Boyer, 1998)	Trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad

[.../...]

**Cuadro 2.2.** (Continuación)

Pruebas estandarizadas (instrumento, autor/es y año de publicación)	Áreas de contenido
Escala de depresión geriátrica (GDS) (Yesavage <i>et al.</i> , 1982)	Depresión en población mayor de sesenta y cinco años
Entrevista de consumo de alcohol CAGE (Hayfield <i>et al.</i> , 1974)	Alcoholismo en población general
SCOFF ( <i>sick-control-one-fat-food</i> ) (Morgan, Reid y Lacey, 1999)	Trastornos alimentarios

## 2.2. La exploración inicial

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

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

### 2.2.1. Objetivos y funciones del primer contacto

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

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

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

En nuestro caso, en el servicio clínico del máster en Psicología Clínica Práctica Profesional, preferimos utilizar un pequeño cuestionario que reúne aspectos biográficos e información sobre el motivo de consulta. En el cuadro 2.3 se incluyen los datos previos al primer contacto personal terapeuta-cliente. Se le pide a la persona que cumplimente el cuestionario por sí mismo o con ayuda de algún familiar, y solo en casos extremos se le ofrece ayuda de nuestra parte para completarlo. En el capítulo 8 (Recursos para la evaluación) se incluye un ejemplo muy sencillo, pero útil, de cuestionario de este tipo. A partir de la información recogida, se cita a la persona, a la persona más un acompañante, a un familiar o se le ofrece una posibilidad de derivación a otro tipo de servicio especializado.

**Cuadro 2.3.** *Datos previos al primer contacto personal terapeuta-cliente*

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

Debe destacarse que la información incluida en los informes preliminares proviene de fuentes distintas con desiguales niveles de calidad y, por tanto, solamente debe ser considera-

da como lo que es: información preliminar. En cualquier caso, una vez estudiado el material previo, estamos en disposición de recibir al cliente para llevar a cabo la primera entrevista.

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

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

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

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

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

### *2.2.2. La exploración inicial*

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

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

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