

UDS

ANTOLOGÍA

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

6TO. CUATRIMESTRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

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 de Primaria 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 tarde.

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 septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas 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 – Tzitol 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, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

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 de la UDS, 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 EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Objetivo de la materia: Que el alumno/a conozca el proceso de evaluación psicológica clínica. Y desarrolle la habilidad de desarrollar un proceso de evaluación psicológica clínica que le permita una toma de decisiones correcta y adecuada para beneficio del cliente, trabajando con un equipo multidisciplinario. Que sea capaz de rendir un informe a otros profesionales de la salud con los datos obtenidos en el proceso de evaluación psicológica.

Unidad I.

I.1. Introducción al proceso de evaluación psicológica clínica

I.2. Distinciones terminológicas de las EPC.....10

I.3. Primeros teóricos de la Evaluación psicológica clínica.....12

I.4. Conceptos de evaluación psicológica clínica.....14

I.5. Objetivo de la EPC.....16

I.6. Evaluación psicológica y psicología.....18

I.7. Proceso de evaluación psicológica.....19

I.8. Modelos de evaluación psicológica.....20

I.9. Diferencia entre evaluación psicológica clínica y psicodiagnóstico.....21

I.10. Puntos de partida metodológico.....26

I.11. Variables a estudiar en la evaluación psicológica clínica.....29

I.2. Manejo ético de la Evaluación psicológica clínica.....31

Unidad II. Técnicas de evaluación psicológica

2.1. Introducción.....39

2.2. Tipos de información.....41

2.3. Observación.....43

2.4. Protocolos observacionales de conducta.....45

2.5. Matrices de registro.....47

2.6. Instrumentos psicométricos.....48

2.7 Técnicas proyectivas.....49

2.8. Proceso de aplicación de test.....50

2.9. Calificación de los test.....51

2.10. Autoregistro.....53

2.11. Selección de las técnicas de intervención.....55

Unidad III. Integración de la evaluación psicológica clínica

3.1. Elaboración del informe psicológico.....57

3.2. Propuesta de Sattler de información psicológica.....59

3.3. Contenido del informe psicológico.....60

3.4. Modelo psicodinámico.....62

3.5. Descripción de las áreas del modelo psicodinámico.....63

3.6. Áreas del informe psicológico.....64

3.7. Área perceptomotora.....65

3.8. Área afectiva.....66

3.9. Área libre de conflicto.....67

3.10. Devolución de resultados.....68

3.11. Reglas protocolarias de la devolución de resultados.....69

3.12. Propuesta de Sattler para diseñar entrevista de devolución...71

3.13. Proceso de Verthelyi Para entrevista de posevaluación.....73

3.14. Comunicación de resultados.....73

3.15. Plan de tratamiento y valoración.....75

Unidad IV. El papel del psicólogo en la evaluación psicológica clínica

4.1. Formación profesional del Psicólogo y su relevancia en la evaluación psicológica...76

4.2 Las habilidades en función del paciente.....78

4.3. El estilo del terapeuta.....	80
4.4. Exploración inicial.....	81
4.5. Objetivos y funciones del primer contacto.....	82
4.6. Conversación.....	85
4.7. Exploración.....	88
4.8. Miniexamen del estado mental.....	90
4.9. Motivo de consulta.....	91
4.10. Material del uso del psicólogo en la EPC.....	92
4.11. Analisis de caso práctico.....	122

Unidad I. Evaluación psicológica clínica.

I.1. Introducción al proceso de evaluación psicológica clínica

En todos los tiempos y en todas las culturas los seres humanos ponen en marcha acciones encaminadas a identificar, clasificar y predecir los comportamientos de los demás. De igual manera, todas las construcciones culturales incluyen sus propias definiciones de trastorno mental o comportamiento desviado o patológico. Finalmente, algunas culturas han conseguido desarrollar teorías de la medida aplicables, de una u otra forma, al comportamiento humano.

Desgraciadamente, en la mayoría de los casos la capacidad predictiva y explicativa del comportamiento ha resultado muy pobre, por no decir nula. ¿Qué hace que la situación actual en el entorno hayan aumentado, quizás por primera vez, las posibilidades predictivas y explicativas de forma espectacular?, ¿qué técnicas se emplean para recoger la información necesaria?, ¿cómo se aplican los conocimientos de las distintas disciplinas implicadas para hacer un diagnóstico?, ¿cómo se interpreta la información disponible en cada caso?, ¿cómo se planifica un tratamiento? Las respuestas a este tipo de preguntas no son ni mucho menos sencillas y, desde luego, no pueden simplificarse en una sola frase, por muy brillante que ésta pueda ser.

En el presente texto se trata de ofrecer una panorámica sencilla pero rigurosa que ayude al estudiante y al profesional de la salud mental a entender mejor las razones que sustentan el proceso de Evaluación Psicológica Clínica (EPC) y a avanzar en su aplicación cotidiana en la clínica psicológica y de salud mental. Para ello se realiza en primer lugar un breve acercamiento histórico y conceptual al proceso de EPC, posteriormente, se repasan las principales tareas propias de la EPC: exploración inicial, evaluación para el diagnóstico, evaluación para el tratamiento –incluyendo la planificación del mismo– y evaluación del cambio producido durante y tras el tratamiento.

A lo largo de la historia, la evaluación psicológica ha experimentado momentos de auge y crisis; en los últimos diez años se ha expandido extraordinariamente. Así, de una parte, desde una perspectiva científica, en las últimas décadas se han creado nuevos órganos de difusión periódicos (Psychological Assessment, Assessment, Internacional Journal of Testing, Euro pean Journal of Psychological Assessment, Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica).

También los avances tecnológicos han permitido el desarrollo de nuevos procedimientos de recogida de información, así como de su análisis, valoración e información. En España, se han desarrollado nuevos instrumentos de evaluación, al tiempo que se han traducido y adaptado otros. Además, se han fundado nuevas instituciones dedicadas a la expansión de la evaluación psicológica (como, por ejemplo, la European Association of Psychological Assessment, EAPA, creada a partir de la Sociedad Española de Evaluación Psicológica, SEEP, la Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica), se ha producido una gran expansión de otras, como la International Test Comision (ITC), se han incorporado secciones de evaluación a las sociedades internacionales y se ha producido una importante presencia de la evaluación en foros de discusión psicológica, organizándose reuniones científicas monográficas dedicadas a tal fin. Al mismo tiempo, dichas asociaciones internacionales han articulado una serie de principios normativos o guías de actuación que han facilitado la regulación de la acción evaluadora. Asimismo, el siglo XXI se ha inaugurado con la publicación de dos enciclopedias de evaluación psicológica (Fernández-Ballesteros, 2003; Hersen, 2004).

Por último, desde una perspectiva aplicada, también en los últimos años, la investigación que trata de estudiar la propia acción del psicólogo ha puesto de relieve que una gran parte de su tiempo lo dedica a realizar tareas evaluativas en todas las áreas de aplicación; en otras palabras, que todo psicólogo ha de ejecutar tareas evaluativas, cualquiera que sea su trayectoria y ámbito profesional o académico.

El interés por el estudio y medida de las diferencias individuales así como la necesidad de evaluar a los individuos en determinadas situaciones aparece claramente en la antigüedad. La mayor parte de las sociedades civilizadas, desde tiempos antiguos, tienen procedimientos incluidos más o menos formales de evaluación en sus matrices culturales. Los antecedentes precientíficos y científicos de la evaluación psicológica no surge hasta el final siglo XVIII y principios del siglo XIX. Serán los desarrollos de distintos campos de conocimientos, quienes influirán en el nacimiento de la Psicología Científica y contribuirán a la constitución del Psicodiagnóstico como una disciplina incluida en ella

1.2. Distinciones terminológicas.

La constante, estriba en que existe una serie de actividades de exploración, medida o análisis de comportamientos o fenómenos psicológicos relativos a un sujeto, o grupo especificado Contrariamente a lo sostenido por Meyer (2001), que sitúan la evaluación

psicológica en el contexto clínico (Fernández-Ballesteros, 2002). de sujetos, que se realizan mediante un proceso de indagación y toma de decisiones.

La diversidad estriba en que tales actividades se realizan con variados propósitos, en contextos diversos. Así, no tiene nada de extraño que tal pluralidad de actividades, contextos y objetivos psicológicos haya determinado que, a lo largo del tiempo y de los distintos contextos culturales, las acciones evaluativas hayan adoptado diferentes denominaciones.

En primer lugar, como señalábamos en otro lugar (Fernández-Ballesteros, 1980, 1992, 2003; véase también Pelechano, 1988), el término psicodiagnóstico tomó carta de naturaleza, tanto en España como en otros contextos europeos, para hacer referencia a las actividades que nos ocupan y sirvió, incluso, como título de las correspondientes materias de los distintos planes de estudio de psicología durante muchos años. Con una clara semántica médica y origen europeo (inicialmente utilizado por Herman Rorschach para designar su conocida técnica de interpretación de manchas de tinta), tal denominación ha perdido, hoy en día, parte de su vigencia. Sin embargo, aunque su ámbito de generalidad haya decrecido, tal término sigue teniendo aplicabilidad cuando el objetivo de evaluación es el del diagnóstico psicopatológico: es decir, el de establecer la clasificación del sujeto en estudio con fines clínicos. Tal objetivo de la evaluación psicológica es coincidente y compartido con otros ámbitos profesionales dado que esos sistemas de clasificación psicopatológica usualmente proceden de una especialidad médica como es la psiquiatría. Sin embargo, la evaluación psicológica —que incluye el diagnóstico psicopatológico— trasciende este ámbito y abarca los distintos contextos de aplicación de la psicología .

Por otra parte, a lo largo de nuestros ejemplos hemos hecho referencia a la aplicación de tests, técnicas o métodos de evaluación que conlleva cualquier actividad evaluativa. Es decir, no cabe duda de que, cualquiera que sea el objetivo o el contexto de evaluación, han de ser aplicados una serie de dispositivos de medida o análisis en los que basar los juicios emitidos. Así, a lo largo de la historia de la evaluación psicológica se ha producido la equiparación de la evaluación psicológica con los procedimientos de recogida de información a través de los cuales se realiza ésta —y, más concretamente, con los tests—, que ha llevado, incluso, a denominar a nuestra disciplina «tests psicológicos». O, en otras palabras, se ha equiparado la evaluación con la pura acción de aplicar tests (o Testing; Anastasi, 1988). Evidentemente, la importancia de las técnicas a utilizar durante el proceso

evaluativo es grande; ahora bien, el propio Cronbach (1990) señala cómo evaluación es un término más amplio que el correspondiente a la mera aplicación de tests, ya que connota la integración y valoración de la información recogida. El término «evaluación» comienza a utilizarse en Estados Unidos en los años cuarenta del pasado siglo por la Oficina de Servicios Estratégicos (OSS) con el fin de hacer referencia a la integración de un conjunto de observaciones realizadas en situaciones controladas y otros tests psicológicos cuyo objetivo era seleccionar a personas para determinados puestos (véase, por ejemplo, Cohen, Swerdik y Phillips, 1996). Por eso, hoy en día, también en bibliografía anglosajona, ha ido decayendo el término «tests psicológicos» a la vez que se ha ido consolidando el de «evaluación psicológica».

Hasta aquí, brevemente, hemos tratado de diferenciar las tres denominaciones más importantes de la disciplina que va a desarrollarse a lo largo de estas páginas, con lo que, también, estamos justificando el propio título de esta obra. Pero, además, conviene añadir, como punto de partida (como ya lo señalábamos hace años; Fernández Ballesteros, 1980, 1992, 2003; véase también Sundberg, 1977; Pelechano, 1988), que en los últimos veinte años se ha producido una ampliación del objeto de la evaluación psicológica. Así, en nuestros tres primeros ejemplos, la evaluación se dirigía, fundamentalmente, al estudio de las características psicológicas del/los sujeto/s en evaluación, mientras que en nuestro cuarto y quinto ejemplo la evaluación se refería a un específico contexto habitado o, incluso, en nuestro quinto ejemplo (y, en parte, en el primero) la evaluación o valoración se dirigía a una concreta intervención. Todo esto, que será ampliado convenientemente en las próximas páginas, plantea la necesidad de distinguir entre dos términos etimológicamente idénticos en español: «evaluación» y «valoración». Pues bien, tratando de diferenciar entre ambos, a través de un estudio empírico (Fernández-Ballesteros, 1985) se puso de relieve que «evaluación» (assessment) hace referencia, fundamentalmente, al examen o exploración de personas, mientras que «valoración» (evaluation) implica juicios de bondad referidos a objetos (puestos de trabajo, tratamientos, programas). Por todo ello, hemos adoptado el término «evaluación psicológica» por cuanto vamos a presentar una visión introductoria sobre el estudio científico, mediante una serie de procedimientos de recogida de información, de las actividades psicológicas de una persona (o grupo especificado de personas) con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, que pueden ser de muy variado tipo, desde el diagnóstico psicopatológico al análisis de un cambio de conducta o a la valoración de intervenciones.

Hasta aquí, una referencia sincrónica de los elementos definicionales pertinentes a esta disciplina. A continuación vamos a tratar de hacer una breve reseña con el fin de presentar un análisis diacrónico de los hallazgos e hitos históricos que justificarán, desde esta perspectiva, el concepto de la evaluación psicológica que sustenta esta obra.

13. Primeros teóricos de la evaluación psicológica.

Tres son los autores que comparten la paternidad de la constitución de la evaluación psicológica: Francis Galton, McKeen Cattell y Alfred Binet. Veamos sus principales aportaciones en lo tocante a nuestra disciplina.

Francis Galton (1822-1911) Padre de la psicología diferencial, se centra en el establecimiento de las diferencias individuales tratando de llegar a la descripción y medición de las características humanas. Ya en 1869, con su publicación *Classification of Men According to Their Natural Gifts*, inicia el estudio psicológico de esas diferencias individuales. Pero fue en 1883 cuando publica su obra más importante, *Inquiries into Human Faculty and its Development*, punto de partida de lo que más tarde serían los tests mentales. Galton elabora una primera rudimentaria evaluación psicológica: en 1884 crea un «Laboratorio Antropométrico» en el South Kensington Museum de Londres, donde llega a evaluar a unas 9.000 personas en 17 variables medidas mediante distintos tipos de medidas y aparatos entre las que figuraban la estatura, el peso, la capacidad respiratoria, la fuerza muscular, la rapidez de golpeteo, la capacidad auditiva, la agudeza visual, la capacidad sensorial discriminativa y otra serie de evaluaciones sensoriales, perceptivas y motoras (véase Dubois, 1970). Incluso en la International Health Exhibition, celebrada en Londres en 1884, realiza una exhibición de sus tests de laboratorio procedentes del Laboratorio Antropométrico. Con todo ello, no cabe duda de la importancia de Galton para la evaluación psicológica, ya que sintetiza con su obra objetivos evaluativos —científicos y aplicados— y llevando a la vida cotidiana la tecnología psicológica que había permanecido durante años en los laboratorios.

Alfred Binet (1857-1911) Una primera aportación de Binet es la ampliación del interés por el estudio de las funciones sensoriales, perceptivas y motoras —objetivos planteados por Galton— a otros ámbitos del funcionamiento psicológico. Así, dice: «no son las sensaciones, son las facultades psíquicas superiores lo que hace falta estudiar, son ellas las

que juegan el puesto más importante y la psicología individual deberá prestar mucha más atención a ellas» (Binet y Henri, 1905, p. 416). En la consecución de tales objetivos propone el método de lo que serán los tests mentales; con tales pruebas se pretenderá integrar el estudio de la memoria, las imágenes mentales, la imaginación, la atención, la comprensión, la sugestibilidad, los sentimientos estéticos y morales y hasta la fuerza de voluntad. Una segunda e importante aportación de Binet es la de establecer tres tipos de requisitos que las pruebas de medida de esas facultades psíquicas superiores deberán reunir: que estén formadas por tareas sencillas, que en su aplicación se invierta poco tiempo, que sean independientes del examinador, y que los resultados obtenidos puedan ser contrastados por otros observadores. Es, también, el primer autor que emite un concepto claro de «diagnóstico psicológico». Así, compara tres tipos de métodos complementarios en el estudio diferencial del niño normal y retrasado: el examen médico, basado en exploraciones físicas y fisiológicas, que es realizado por el médico; el examen escolar, que incluye el análisis de los aprendizajes que se desarrollan en la escuela y que ha de realizar el maestro, y el diagnóstico psicológico que requiere medidas para la evaluación de la inteligencia y que él mismo establece con el primer test de medida de la inteligencia (Binet y Simon, 1905). Sus trabajos sobre la medida de la inteligencia fueron llevados a cabo por Binet entre 1903 y 1909 con la colaboración de Simon y fueron inmediatamente recogidos por otros investigadores europeos y americanos como Decroly, Stern, Terman, Goddard y otros muchos, hasta tal punto que en 1914 existían ya 254 estudios publicados referidos a los tests de Binet. El interés por la evaluación de las funciones superiores, la consideración del examen psicológico como independiente y complementaria de la exploración médica y de la evaluación pedagógica y la constitución del primer test de medida de la inteligencia parecen suficientes méritos como para considerar a Binet uno de los padres de la evaluación psicológica.

McKeen Cattell (1860-1944) Los objetivos científicos de James McKeen Cattell fueron, también, fundamentalmente diferencialistas. Por eso va a realizar su tesis doctoral sobre el estudio diferencial de los tiempos de reacción, y ello bajo la dirección de Wundt. A él se deben una serie de pruebas psicológicas para la medida de la presión dinamométrica, la velocidad de rotación del brazo, la habilidad para percibir estimulación en la palma de la mano, la memoria para las letras, y otras muchas. En 1890 acuña el término «test mental»; el objetivo de tales pruebas lo estableció en la determinación del rango, exactitud y

naturaleza de las facultades psicológicas, así como en la posibilidad de reunir suficiente material como para hallar los factores que regulan el desenvolvimiento de esas facultades, sus conexiones, así como sus perturbaciones. Es también el primer autor que plantea baterías de pruebas para la evaluación psicológica, proponiendo en 1896 dos baterías diferentes, cada una conformada por una serie de tests. Rechaza abiertamente la introspección como método científico y mantiene como objetivo prioritario la utilización de procedimientos de medición objetivos a través del estudio de las ejecuciones de los sujetos en diversas tareas. La propuesta de los tests mentales como instrumentos de medida de determinadas características psicológicas, las técnicas de evaluación de funciones sensoriales, perceptivas y motoras y el énfasis en la utilización de medidas objetivas son las principales aportaciones de McKeen Cattell a la constitución de la evaluación psicológica.

1.4. Conceptos de Evaluación psicológica clínica.

La EPC integra un alto número de estrategias y conceptos desarrollados por las distintas disciplinas psicológicas durante los últimos años conformando un proceso en el que priman la metodología científica y los modelos biopsicosociales de la salud. No cabe duda de que, cualquiera que sea el objetivo o, contexto de evaluación, han de ser aplicados una serie de dispositivos de medida o análisis en los que basar los juicios emitidos.

Así, a lo largo de la historia de la evaluación psicológica se ha producido la equiparación de la evaluación psicológica con los procedimientos de recogida de información a través de los cuales se realiza ésta —y, más concretamente, con los tests—, que ha llevado, incluso, a denominar a nuestra disciplina «tests psicológicos». O, en otras palabras, se ha equiparado la evaluación con la pura acción de aplicar tests (o Testing; Anastasi, 1988). Evidentemente, la importancia de las técnicas a utilizar durante el proceso evaluativo es grande; ahora bien, el propio Cronbach (1990) señala cómo evaluación es un término más amplio que el correspondiente a la mera aplicación de tests, ya que connota la integración y valoración de la información recogida.

El término «evaluación» comienza a utilizarse en Estados Unidos en los años cuarenta del pasado siglo por la Oficina de Servicios Estratégicos (OSS) con el fin de hacer referencia a la integración de un conjunto de observaciones realizadas en situaciones controladas y otros tests psicológicos cuyo objetivo era seleccionar a personas para determinados

puestos (véase, por ejemplo, Cohen, Swerdik y Phillips, 1996). Por eso, hoy en día, también en bibliografía anglosajona, ha ido decayendo el término «tests psicológicos» a la vez que se ha ido consolidando el de «evaluación psicológica».

Es necesario referirse a la EPC como un proceso que implica distintos ejes, momentos y tareas, que se organiza mediante la metodología científica y que tiene como principal objetivo la planificación del tratamiento.

La EPC integra un alto número de estrategias y conceptos desarrollados por las distintas disciplinas psicológicas durante los últimos años conformando un proceso en el que priman la metodología científica y los modelos biopsicosociales de la salud.

La Evaluación Psicológica clínica. Es una disciplina de la Psicología que se ocupa de la medida de algunos aspectos del comportamiento humano; esta medición se realiza por medio de metodologías básicas entre las que se encuentran las técnicas psicométricas y las proyectivas y otros métodos como la observación, la entrevista, los autoinformes, etc., que serán objeto de estudio en el segundo año.

Todos estos instrumentos requieren rigurosos procesos para su selección y metódicos pasos en su aplicación y calificación. Dichos conocimientos contemplan los fundamentos biológicos y sociales del comportamiento, los procesos de la psicología general como son atención, pensamiento, percepción, memoria, aprendizaje, resolución de problemas, personalidad, las diferencias individuales y su evolución, conocimientos acerca de la cultura de la población a la cual pertenece la persona en estudio y conocimientos metodológicos que se requieren a la hora de la investigación en psicología, todo ello es necesario y es un conocimiento previo que debe poseer el psicólogo para realizar la evaluación psicológica en la práctica del caso individual en lo que se refiere a la exploración y análisis del comportamiento de concretos seres humanos.

La evaluación psicológica es una actividad encaminada a la comprensión y solución de los diversos tipos de problemas psicológicos que las personas presentan; es ante todo un proceso de acopio, valoración e integración de información dirigida a tomar decisiones; que se realiza, con propósitos bien definidos, desde distintos supuestos: Teóricos sobre el comportamiento humano y sus determinantes. Metodológicos sobre la adecuación de estrategias a seguir, técnicas a utilizar y sobre cómo garantizar la efectividad de ésta en las personas evaluadas. Los procedimientos a seguir dentro de la evaluación psicológica van a depender de los objetivos finales que se pretendan al realizar la evaluación. Sin embargo

Berstein y Nietzel (1988), de manera similar con otros autores, coinciden en que los componentes centrales del proceso de evaluación clínica, son cuatro.



1.5. Objetivo de la Evaluación psicológica clínica.

El objetivo de evaluación es el del diagnóstico psicopatológico: es decir, el de establecer la clasificación del sujeto en estudio con fines clínicos.

Tal objetivo de la evaluación psicológica es coincidente y compartido con otros ámbitos profesionales dado que esos sistemas de clasificación psicopatológica usualmente proceden de una especialidad médica como es la psiquiatría. Sin embargo, la evaluación psicológica —que incluye el diagnóstico psicopatológico— trasciende este ámbito y abarca los distintos contextos de aplicación de la psicología.

Pawlik (cit. en Aragón y cols. 2002) sugiere que los objetivos de la evaluación se sitúan dentro de un continuo entre la selección/clasificación, la modificación y los juicios valorativos, pasando por una serie de situaciones en las que los objetivos son mixtos:

- En los objetivos de selección/clasificación es fundamental evaluar las características que permitan predecir el rendimiento cognitivo o funcionamiento socioemocional de la persona. Esta predicción se ha apoyado tradicionalmente en la medida de variables concebidas un tanto estáticas – aptitudes, rasgos, etc. Medida en que lo importante es su estabilidad.
- Cuando el objetivo es determinar qué tipo de intervenciones se requieren para facilitar el cambio de conducta en sujetos con problemas clínicos, es necesario analizar las variaciones que se producen en el comportamiento tanto en forma espontánea, como inducidas desde el exterior, de modo que se pueda identificar en qué punto se debe intervenir.
- Cuando los objetivos son de tipo valorativo, el tipo de información a reunir como base de la evaluación dependerá de aquellos datos que permitan conocer los

efectos de la intervención y determinar las causas por las que se hayan obtenido los resultados deseados o no deseados.

El objetivo de la evaluación psicológica puede ser: Describir, Clasificar, Predecir, Controlar. Estas acciones se pueden definir como: a) Describir las características de personalidad de un sujeto. b) Clasificar es decir, enmarcar a la persona en una categoría determinada. c) Predecir el futuro comportamiento de un sujeto. d) Controlar determinadas características actuales en una persona para confrontarlas con posibles cambios de comportamiento en un momento posterior. Estos objetivos de la evaluación psicológica son utilizados en la práctica del psicólogo para Diagnosticar, Seleccionar, Orientar, o Modificar comportamientos. Para ello el psicólogo debe poseer amplios conocimientos teóricos, empíricos y metodológicos básicos, que son fundamentales en la práctica de la Psicología.

I.6. Evaluación psicológica y psicología.

El recorrido histórico efectuado es totalmente coincidente y paralelo al de la psicología y, además, hemos dicho repetidamente que la evaluación psicológica es una subdisciplina de la psicología científica. Eso implica que existen una serie de elementos coincidentes y otros diferenciales entre la psicología y la evaluación; veámos cuáles son esos aspectos:

1. Sabemos que, básicamente, la psicología tiene por objeto el comportamiento humano, en los niveles de complejidad necesarios, lo cual implica el estudio de estructuras o condiciones complejas, como la conciencia o la mente, y como objetivo esencial el hallazgo de los principios que rigen en ese objeto de conocimiento. Por tanto, necesariamente, la evaluación ha de nutrirse de los hallazgos que proceden de las distintas áreas de la psicología, especialmente de la psicología de las diferencias individuales, de la personalidad, cognitiva, del aprendizaje, de la psicofisiología y psiconeurología y de la psicopatología. Así, también, la evaluación psicológica se ha visto influida por algunos desarrollos de la psicología aplicada y sus técnicas, que han sido posibles gracias a los avances metodológicos de la estadística y de psicología experimental y matemática. En resumen, habremos de tener en cuenta que todos esos conocimientos psicológicos son necesarios a la hora de emprender una evaluación psicológica.

2. La diferencia, en lo fundamental, entre psicología y evaluación psicológica estriba en que mientras que la psicología tiene por objeto el estudio de la conducta humana con el fin de llegar a establecer los principios generales que en ella rigen, la evaluación se dirige al

estudio científico de un sujeto, y cuando decimos «un sujeto» nos referimos a un sujeto individual, prioritariamente una persona pero, por extensión, también un específico grupo de personas. Evidentemente, la evaluación no tiene como fin el hallazgo de principios generales, puesto que su objeto entraña las actividades o atributos de un sujeto individual, y ya se sabe que no puede hacerse ciencia de lo que es individual. El objetivo de la evaluación es, precisamente, verificar si los principios generales establecidos por la psicología en sus distintas especialidades se dan en ese sujeto individual. Ello implica que la evaluación psicológica se realiza con objetivos aplicados a demanda del sujeto/cliente de descripción, diagnóstico, orientación y/o tratamiento (o cambio de conducta). Estos objetivos aplicados que proceden de la demanda del cliente guían, necesariamente, la evaluación.

3. Además la evaluación psicológica requiere de una tecnología con la que dar cuenta fiable y válida de las unidades de análisis comportamentales. Es por esto por lo que el evaluador está también interesado en la construcción de esa tecnología. A su vez, las técnicas de evaluación suponen una particular área de nuestra disciplina que, además, sirve a la ciencia psicológica básica. En definitiva, la evaluación psicológica también está interesada en la construcción de instrumentos de evaluación.

4. Finalmente, al igual que sucede con la ciencia psicológica, en la evaluación psicológica existen distintos acercamientos, enfoques o modelos que han servido de base a la evaluación y que difieren en una serie de aspectos. Ellos darán lugar a distintas alternativas conceptuales y metodológicas que van a ser estudiadas en los siguientes apartados. En resumen, la evaluación psicológica es una subdisciplina aplicada y tecnológica de la psicología que comparte algunos de sus principales modelos teóricos.

1.7. El proceso de evaluación.

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 teóricos (para una revisión, véanse Fernández-Ballesteros, De Bruyn, Godoy, Hornke, Ter Laak, Vizcarro, Westhoff, Westmeyer y Zaccagnini, 2001, y la página: www.hhpub.com/journals/ejpa). 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.

Cualquier secuencia de eventos puede ser parcelada en un número finito de etapas o momentos; ésta es la razón por la que distintos autores proponen diferentes fases del proceso evaluativo (para una revisión, véanse Adarraga y Zacagnini, 1992; FernándezBallesteros, 1980, 1992, 1994, 2004) que van desde tres fases (el problema, la recogida de datos y la solución del problema) propuestas por Maloney Ward (1976) o las tres etapas (formulación del caso, diseño del tratamiento y valoración de resultados) planteadas por Nezu y Nezu (2004) hasta las once fases establecidas por Westmeyer y Hageboeck (1992). Sin embargo, antes de establecer las distintas etapas o fases del proceso que vamos a defender en esta obra, conviene proceder a examinarlo a la luz de los objetivos de evaluación.

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. Comentamos en el capítulo anterior cómo, ligada al ámbito de aplicación clínica, 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. Como es lógico, cuando un médico, un psiquiatra o una solicitud de un juez demandan la valoración del psicólogo sobre si el sujeto es clasificable en una u otra entidad nosológica —y con las objeciones que pusimos en el capítulo anterior—, habremos de proceder a establecer un diagnóstico.

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. Como se dijo en el tema anterior, del 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) (véanse capítulos 10, 11 y 12). 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 descriptivo-predictivo. 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. Estos instrumentos, desde

luego, incluyen aquellos tests que puedan requerir la manipulación de variables, como ocurre en los tests de potencial de aprendizaje (véase Apéndice [CD]: «EPA: Evaluación del potencial de aprendizaje»). 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.

Fase descriptiva-predictiva.

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.

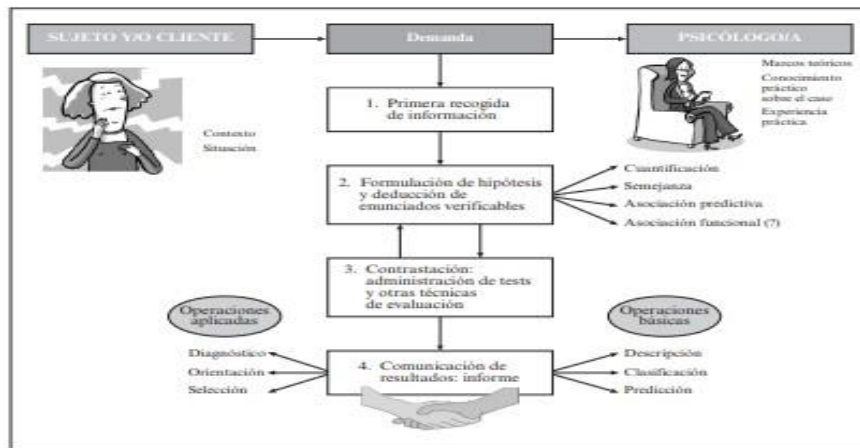


Figura 2.1a.—Fases del proceso descriptivo-predictivo.

1.8. Modelos de evaluación psicológica.

La evaluación psicológica ha surgido como una propuesta metodológica de diferentes modelos teóricos, tales como son: el modelo psicodinámico, humanista, médico, conductual, del aprendizaje social, sistémica, etc.

Estos modelos difieren en su postura epistemológica, que orienta la concepción que tienen del hombre y del proceso salud-enfermedad, por lo que diseñan desde un paradigma teórico la metodología correspondiente para abordar los problemas que a los individuos atañen, variando entonces los procedimientos, instrumentos, técnicas y estrategias, que serán aplicados en grados diferenciales según los objetivos a alcanzar; consideran diversos contextos de evaluación, sugieren distintos modos de proceder para realizar y organizar la evaluación y la intervención y así mismo, ofrecen diversas garantías en relación con el grado en que tales modos de proceder contribuyen a la consecución de los objetivos perseguidos. Dentro del campo de la Psicología clínica, el estudio psicológico se aplica sobre todo con el propósito de observar el funcionamiento global del individuo (cognitivo y socioemocional), las principales características de personalidad así como sus formas de aproximación y adaptación a su ambiente, dependiendo de sus motivaciones tanto a nivel consciente como inconsciente, teniendo como base los elementos psicodinámicos que subyacen a la conducta manifiesta y que varían en función de las circunstancias y experiencias de vida. Con base en esta condición dinámica, el modelo psicodinámico o psicoanalítico cobra importancia, para fines de la tarea psicodiagnóstica individual en niños, adolescentes y adultos, por lo que se revisan algunas de las características esenciales del mismo. Existen una pluralidad de modelos psicoanalíticos sin

embargo todos coinciden en que: Las representaciones mentales, en buena parte inconscientes, dan sentido a la actividad del sujeto y permiten comprenderla. Nada en esta actividad es casual, todo tiene un sentido, una dirección. Existen tendencias internas que entran en conflicto con las exigencias del mundo exterior. El sentido o dirección de la actividad responde a los intentos de adaptación y equilibrio entre los impulsos o necesidades internas y las presiones del entorno. El presente sólo se conoce a la luz del pasado. **El modelo psicodinámico** se interesa en identificar si se repiten experiencias que manifiestan problemas de relación y que proceden de la vida infantil de la persona con la familia de origen. Estas experiencias a lo largo del tiempo, dan lugar a que la persona desarrolle un modelo de sí misma en parte inconsciente y en parte consciente (autoconcepto) que sirven como la base motivacional desde donde se organiza el comportamiento actual y el aprendizaje. Dentro de la perspectiva psicoanalítica freudiana se consideran cinco diferentes modelos:

Modelo topográfico que considera que la mente está dividida en tres niveles: inconsciente, preconscious y consciente.

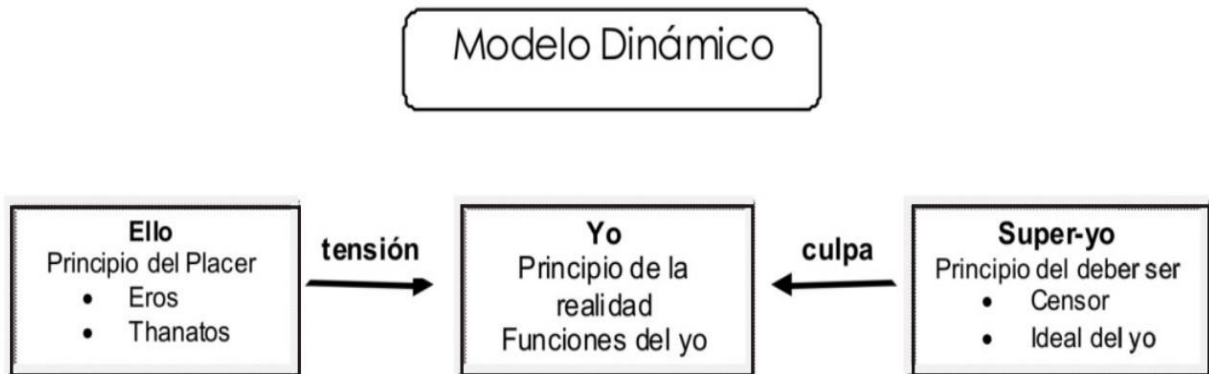
Modelo estructural que se basa en los procesos y funciones psíquicas implicadas en las tres instancias: Ello, Yo y Súper-yo.

Modelo dinámico que concibe los fenómenos mentales como el resultado de fuerzas en conflicto. Los conflictos surgen de la necesidad de reducir (descargar) la tensión generada por las presiones instintivas sexuales y agresivas, por un lado, y por otro, las defensas construidas para inhibir la expresión consciente de estos instintos. Los síntomas se ven como el resultado de la formación de un compromiso para resolver el conflicto entre los impulsos instintivos y las defensas que se les oponen (ver diagrama).

Modelo económico que se ocupa de la distribución, transformación y gasto de energía que regula la conducta y la vida psíquica. En este modelo, el proceso primario corresponde al proceso mediante el cual la energía circula libremente y puede descargarse sin control, mientras que el proceso secundario consiste en la regulación de dicha energía que queda vinculada o que circula de un modo controlado. El proceso primario se encuentra comprometido con el principio del placer, mientras que el proceso secundario lo está con el principio de realidad.

Modelo genético que se ocupa de los fenómenos psíquicos y concibe la formación de la personalidad a través de fases o estadios del desarrollo psicosexual.

El modelo dinámico integra los principios de los otros modelos:



1.9. Diferencia de Evaluación psicológica y psicodiagnostico.

En el campo de la Psicología Clínica, el estudio psicológico se realiza con el propósito de observar y valorar el funcionamiento global del individuo y sus formas características de respuesta a las diferentes situaciones que enfrenta. A través de un estudio psicológico, en función del objetivo de investigación y de acuerdo con la demanda de cada caso, se evalúan diversas funciones y procesos constitutivos de la estructura de la personalidad, que incluyen entre otros: la capacidad y rendimiento intelectual, recursos, procesos ideacionales, intereses y aptitudes, el estilo de la relación interpersonal, tono afectivo predominante, formas de la demanda y expresión del afecto y el control de los impulsos, mecanismos de defensa; así como características de la integración del autoconcepto y la identidad, teniendo como base los elementos psicodinámicos que subyacen a la conducta manifiesta.

El estudio psicológico cumple con la metodología correspondiente al - estudio de caso -, que se define como la investigación a profundidad y en extensión de un solo caso. Es la aplicación del método científico al estudio de un caso a partir del planteamiento de un problema y de una pregunta de investigación. Evaluación exhaustiva que acontece dentro de un proceso psicodiagnóstico en el seno de una relación asimétrica experto-cliente, pautada por un encuadre teórico- metodológico con la finalidad de atender una demanda.

El psicodiagnóstico, es un proceso comunicacional dinámico que ocurre dentro de una situación bipersonal o bipartita de duración limitada, cuyo objetivo central es la comprensión y descripción de los procesos psicológicos de la persona evaluada, incluye diversos procedimientos, instrumentos y técnicas y abarca los aspectos pretéritos (anamnesis), presentes (diagnóstico) y futuros (pronóstico). Este proceso se inicia con la canalización o demanda directa para evaluación de una persona o grupo, pasa por diferentes fases de planeación, recopilación y procesamiento, para concluir con la comunicación oral y/o escrita de los resultados. Cuando se habla del informe psicológico, nos estamos refiriendo al cierre del proceso psicodiagnóstico, es una forma tradicional de presentar y comunicar los resultados de la evaluación, es el documento en donde se plasma la información esencial obtenida de la evaluación psicológica realizada, expresa de manera organizada, sintetizada e integrada, lo que se ha comprendido de la persona dentro de un contexto particular y en un momento dado, e incluye una descripción valorativa del mismo, con el objetivo de dar respuesta a las preguntas específicas del derivante/demandante.

Al realizar un informe psicológico los datos obtenidos se examinan desde un marco de referencia, constituido por teorías del desarrollo y la personalidad, para darle un sentido psicodinámico, funcionalista, cognoscitivista, gestaltista, etc. Los hallazgos serán integrados dinámicamente con el propósito de establecer las conclusiones que guíen la toma de decisiones más conveniente, para cada caso. Por tanto, el informe escrito debe de transmitir de manera clara y concisa los hallazgos centrales, las conclusiones y las recomendaciones pertinentes al caso; debe estar centrado en el sujeto evaluado, en la información que sobre de él se obtuvo a través de diversas técnicas e instrumentos psicológicos, e incluir solo la información precisa para cumplir con el propósito o motivo por el cual fue solicitada la evaluación.

Dichos propósitos pueden ser: de selección, diagnóstico, intervención o seguimiento y varían en cuanto a su estructura, contenido, extensión y profundidad, según el contexto donde nace la demanda: escolar, laboral, legal o clínico, y la persona que hace la solicitud: padres, autoridades escolares o laborales, maestros, abogados u otros profesionistas del sector salud. Sirva pues, la compilación del presente material, como una guía que facilite la función psicodiagnóstica del estudiante de psicología en formación.

I.10. Punto de partida metodológico.

Resaltando la orientación metodológica, debe señalarse como punto de partida la consideración de la EPC como una disciplina enmarcada dentro de la Psicología científica. Entre otras cosas, este hecho determina el esquema básico de funcionamiento que ha de guiar toda aplicación del proceso de EPC: la generación y el contraste de hipótesis. Quizás la mejor exposición de este principio orientador de la práctica sea el esquema propuesto por Carey, Flasher, Maisto y Turkat (1984), que se recoge en **la figura 1.1**. Como se ha mencionado anteriormente, hay que entender las aportaciones de este grupo de autores en el marco del trabajo dirigido por Victor Meyer en el University College of London desde mediados de la década de los 50 hasta la actualidad. En este esquema se presenta el proceso de EPC en cuatro fases que hacen referencia directa y explícita al método científico básico.

En primer lugar, se requiere una recogida de información preliminar que permita conocer (describir) el problema del paciente; en segundo lugar, se incluye una fase de desarrollo de hipótesis explicativas del problema; en tercer lugar, se someten a contraste las hipótesis planteadas en la fase anterior.

Es especialmente importante señalar que este proceso de recogida de información, generación y contraste de hipótesis no se agota en un solo ciclo. Por el contrario, los autores conciben el acercamiento como un bucle continuo que se inicia en los momentos iniciales de la primera entrevista con el paciente y que se prolonga hasta disponer de una hipótesis general explicativa, a la que denominan formulación clínica del caso.

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

psicométricos, etc.) que faciliten la recogida de información o planificar miniexperimentos con el mismo fin.

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

De esta forma, el objetivo fundamental del proceso de EPC se convierte en el de contrastar las hipótesis sobre el caso (interpretaciones o modelos) que hayan ido naciendo de la aplicación de distintas técnicas de evaluación psicológica, esencialmente la entrevista clínica. Como se verá más adelante de forma detallada, este hecho dota al proceso de EPC de una validez de constructo (de la hipótesis) muy alta. Igualmente, obliga a incluir estrategias de contraste de hipótesis en el proceso de EPC facilitando la superación del debate entre metodología experimental y correlacional en la Psicología clínica al ampear ambas en todas las aplicaciones y ayuda a re-visitarse la importancia de los criterios de calidad de las pruebas (ahora incluidos en el proceso), aspecto siempre espinoso en las polémicas entre enfoques conductuales y psicométricos.

Sin embargo, a pesar de la enorme importancia que ha podido tener la visión apriorística del proceso de EPC comentada hasta ahora, no puede dejar de observarse que dicho modelo presenta en su exposición algunos déficit y dificultades que entorpecen su aplicación a la práctica cotidiana actual. Sin ánimo de ser exhaustivo, se presentan a continuación algunos de los aspectos más relevantes que cabe considerar: — El nivel de detalle de la fase de recogida de información preliminar, generalmente a través de la entrevista, resulta claramente insuficiente dado el estado actual del desarrollo de técnicas y aplicaciones en la evaluación psicológica. Sería más adecuado detallar más explícitamente las tareas y los momentos de esa recogida inicial de información que, si bien puede seguir estando dirigida por un proceso continuo de generación y contraste de hipótesis, también debe disponer de objetivos parciales que permitan especificar mejor las formas de conseguir la información relevante al caso. De hecho, de forma paralela podría indicarse el tipo de información que el psicólogo tiene que buscar.

En esta misma dirección se sitúa la consideración de la importancia de los criterios de calidad de las pruebas usadas para recoger información, y muy especialmente la necesidad de contar con distintas fuentes de información y diferentes metodologías de recogida para validar la información en consonancia con las matrices multi-rasgo/multi-método. — Para alcanzar un nivel práctico, el modelo debería incluir claves para la generación de hipótesis y su posterior contraste. Pero aún más importante en esta misma línea resulta la dificultad de este modelo para articular la relación entre el concepto de problema y el de caso. Cuando el paciente sufre un solo problema el modelo funciona perfectamente pero, ¿qué pasa cuando, desgraciadamente en la mayoría de las ocasiones, el paciente tiene más de un problema? ¿Cómo se articula el paso del problema a la formulación?

La resolución de esta dificultad puede venir asociada a los distintos modelos de formulación clínica que se han propuesto posteriormente. En especial parece que la propuesta de Stephen Haynes (1992) acerca de los modelos causales en Psicopatología puede convertirse en una alternativa útil para superar esta dificultad. — El modelo, fiel a su orientación conductual, no incluye referencias directas a su relación con el diagnóstico. Sin embargo, el avance que ha supuesto la publicación de los Manuales Estadísticos y Diagnósticos de la APA (sobre todo su última versión, DSMIV-TR) y su progresiva confluencia con los de la Organización Mundial de la Salud en su versión más reciente (CIE-10) y la enorme repercusión científica y profesional que éstos han tenido obliga a incluir necesariamente una referencia a los mismos en cualquier modelo de EPC que pretenda tener un carácter global. —

Un modelo de EPC no puede agotarse en el diseño e inicio del tratamiento es imprescindible que la evaluación se prolongue a lo largo del tratamiento identificando el cambio o su falta y los posibles problemas que pueden aparecer durante el transcurso de la intervención. Igualmente resulta del máximo interés que la evaluación prevea la posibilidad de realizar una evaluación de la efectividad de los tratamientos una vez finalizados y con períodos de seguimiento que permitan emitir juicios clínicos sobre el impacto de la intervención completa en la vida del paciente. En los últimos años el propio grupo del UCL, representado por los trabajos de Turkat (1985) y Bruch (1998), ha ido completando su primera propuesta pretendiendo, y en ocasiones consiguiendo, superar los problemas planteados por la formulación inicial. Ha intentado especificar algunos aspectos, pero no ha logrado proponer un modelo más abierto y ha caído en propuestas intuitivamente muy interesantes pero poco claras desde el punto de vista de los

procedimientos a seguir, que siempre terminan situando la pieza clave en la habilidad y conocimientos “especiales” del evaluador. A estas alturas del desarrollo de la EPC, parece razonable que cualquier modelo actual intente ser lo más claro posible en lo referente a estrategias y métodos, de forma que pueda ser aplicado por cualquier persona con la formación adecuada, pero sin otros requisitos de especiales conocimientos, intuición etc.



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

1.11 Variables a estudiar en la evaluación psicológica clínica.

A la hora de realizar una particular evaluación psicológica de un sujeto el evaluador tendrá que tener en cuenta los siguientes grupos de variables.

1. El/los comportamiento/s objeto de estudio

La evaluación psicológica tiene por objeto el estudio del comportamiento del sujeto en evaluación. Este comportamiento ha de ser estudiado a los niveles de complejidad requeridos; así, partimos de que por conducta ha de entenderse tanto lo que hace un sujeto (sus ejecuciones) como lo que piensa, siente o experimenta. Es comúnmente admitido que la conducta presenta tres modalidades distintas, a saber: — Conducta motora: es toda aquella manifestación externa que implica actividades eferenciales externamente observables. Por ejemplo, caminar, mirar, saludar, llorar, etc. — Conducta cognitiva: supone todo aquello que piensa o experimenta un sujeto. Por ejemplo, si se siente triste o alegre, si piensa que le persiguen, qué automensajes emite al realizar una

tarea, etc. — Conducta psicofisiológica: comprende las actividades del sistema nervioso. Por ejemplo, tasa cardíaca, presión arterial, actividad cortical, etc. En todo caso, lo importante a resaltar aquí es que el evaluador debe lograr la especificación del comportamiento objeto de estudio. A partir de estos tres componentes o modalidades del comportamiento, el psicólogo —partiendo de una determinada teoría— puede estar interesado en evaluar procesos o estructuras internas, las cuales, también, pueden ser nuestro objeto de estudio pero que englobamos en un conjunto de unidades de evaluación o variables de mucha mayor complejidad que agrupamos como condiciones personales.

2. Condiciones personales. La predicción y explicación del comportamiento mediante el análisis y especificación de una serie de variables de la persona o de la personalidad es una constante en la mayoría de los modelos presentados. Ello, como hemos visto, ha sido controvertido desde enfoques situacionistas o conductistas. Sin embargo, es de común acuerdo que los seres humanos cuentan con una serie de competencias, habilidades, destrezas o atributos psicológicos que son ciertamente estables y que pueden ser entendidos como disposiciones de respuesta o repertorios básicos de conducta. Así, por ejemplo, si una persona es más o menos «inteligente», tiene un mayor o menor autocontrol o un mayor o menor nivel de ansiedad, serán condiciones personales que habrá que indagar si procede según el caso. Tales repertorios han sido contruidos a lo largo de la vida y tendrán carácter explicativo en dependencia tanto de la edad del sujeto como de la propia naturaleza del constructo de que se trate, así como de su apoyatura empírica. En todo caso, el evaluador debe cuestionarse tales construcciones teniendo en cuenta las prescripciones a las que nos referíamos más arriba, las cuales pasan, necesariamente, por el soporte empírico brindado desde la teoría general de referencia y el particular caso en exploración. También aquí tendremos que enfatizar que a la hora de evaluar tales atributos el psicólogo operativizará éstos según conductas actuales que son observadas mediante los tests u otras técnicas de evaluación. Así, la distinción entre la conducta objeto del estudio y un supuesto repertorio o atributo de la persona del que la conducta es función supone una distinción conceptual entre lo que se explica (el explanandum, la conducta) y lo que explica (el explanans, la construcción teórica). Pruebas empíricas realizadas a todo lo largo de la evaluación deberán desentrañar la distinción entre ambos grupos de variables.

- 3. Condiciones ambientales pasadas.** A pesar de que en la gran mayoría de los modelos comentados no aparecían, explícitamente, las condiciones ambientales pasadas en la formulación de la conducta, sabemos que una importante porción de la varianza, tanto del comportamiento como de las variables de personalidad, es explicada mediante las condiciones ambientales históricas del sujeto, es decir, su historia de aprendizaje. Así, en los casos en los que sea preciso, el evaluador deberá recabar información mediante entrevistas realizadas al sujeto y sus allegados, así como a través de informes técnicos, registros u otros dispositivos de medida no reactivos de todas aquellas condiciones ambientales consideradas relevantes relativas a la crianza, educación y desarrollo producidos en los distintos contextos (familiar, escolar, social, laboral, físico, etc.) del sujeto.
- 4. Condiciones ambientales actuales.** En una gran parte de nuestros modelos, el ambiente actual es considerado la fuente explicativa en el estudio del comportamiento. Así pues, son de inexcusable examen aquellas condiciones ambientales que pudieran provocar, mantener y controlar el comportamiento objeto de estudio. Un listado esquemático de tales condiciones es el siguiente: 1) Estímulos físicos y sociales relevantes con propiedades elicitoras, discriminativas o reforzantes. 2) Situaciones facilitadoras o inhibitoras del comportamiento adaptativo. 3) Situaciones problemáticas físicas y sociales relacionadas con el comportamiento objeto de estudio. 4) Contextos actuales relevantes (familiar, escolar, laboral, interpersonal, etc.).
- 5. Condiciones biológicas.** Finalmente, aunque el objeto de la psicología es el comportamiento (y no lo biológico), en algunos de los modelos reseñados a ciertas condiciones biológicas les es concedido el poder causal de la conducta. Por ese motivo, el psicólogo debe estar preparado para identificar en qué casos se requerirá la intervención de otro especialista a la hora de complementar con evaluaciones biológicas. Desde luego, conviene enfatizar que no siempre se requiere la consideración de estos factores y que, por tanto, la evaluación de las condiciones biológicas puede ser tan sólo necesaria en el contexto de aplicación clínico o psicopatológico. En resumen, cuando trabajamos con sujetos intactos (sanos) no se requerirán tales indagaciones. Existe sobrada evidencia de que las condiciones biológicas del organismo han podido causar o coadyuvar con el desarrollo de la personalidad (de sus repertorios básicos de conducta) y/o, actualmente, pueden estar influyendo o explicando el comportamiento patológico objeto de estudio. Estas condiciones, si proceden del pasado, han de ser

indagadas mediante registros, informes técnicos o informaciones del sujeto o allegados, mientras que si se trata de condiciones biológicas actuales, deberán serlo mediante los exámenes realizados por especialistas. Así, por ejemplo, si se trata de conocer el nivel de audición de un sujeto, nada mejor que un examen de audiometría para su análisis. Sin embargo, el psicólogo también puede estar preparado para realizar exámenes de algunos de los sistemas biológicos. Así, el evaluador puede realizar exploraciones neuropsicológicas y psicofisiológicas a través de las cuales se da cuenta del estado del sistema nervioso central y autónomo. En este caso, hay que dejar constancia de que estos exámenes psicobiológicos son realizados por medio de las manifestaciones externas de tales sistemas. Esto implica que de ciertas respuestas del organismo se infiere el estado del sistema biológico implicado. Sea cual fuere la vía de indagación de las condiciones biológicas, deben recabarse datos tanto sobre las condiciones que en el pasado han podido influir o determinar la evolución y desarrollo del sujeto como sobre aquellas que en la actualidad pueden estar involucradas en la explicación del comportamiento objeto de estudio. Hasta aquí los elementos pertinentes a toda evaluación psicológica. Cabe preguntarse si tales elementos están presentes o pudieran ser ajustados a una teoría general del comportamiento. La teoría que parece ajustarse mejor a estos planteamientos es la formulada por Staats, denominada del conductismo social o conductismo psicológico (también llamada del conductismo paradigmático). Staats (1963, 1975, 1997; véanse también Fernández- Ballesteros, 1990, 1994b; Fernández Ballesteros y Staats, 1992), en los últimos treinta años, ha venido elaborando una aproximación teórica que pretende superar las rupturas existentes entre los distintos paradigmas psicológicos y, más específicamente, conductuales a través del conductismo psicológico.

1.12. Manejo ético de la evaluación psicológica clínica.

Es necesario reconocer la gran responsabilidad del psicólogo al realizar funciones de evaluación y psicodiagnóstico, por lo que al tener y manejar información del paciente, se debe regir por una serie de principios éticos que aseguren el buen manejo de los datos sobre la persona evaluada.

1) **Respeto a la dignidad humana:** Este principio tiene que ver con la autonomía de las personas. Por lo que antes de aplicar cualquier prueba a la persona que solicita una evaluación psicológica, debe estar debidamente informada sobre las aplicaciones y la tarea que se va a llevar a cabo; en el caso de los niños, el profesional debe juzgar si el niño

cuenta con los requerimientos de comprensión y conocimiento para ser informado (consentimiento informado).

Los informes deben contener únicamente los datos de la vida privada del paciente que sean pertinentes, se deben proteger las notas y registro que se obtienen de la evaluación psicológica. No se debe degradar la integridad de los pacientes ni proporcionar informes a los que abusan de los derechos humanos (Confidencialidad). El profesional debe asumir la responsabilidad de supervisar su trabajo cuando es estudiante y también en caso de duda (debido al poder que en esa circunstancia tiene su palabra).

2) **Tratamiento humano y responsable:** El principio de no dañar, es básico en nuestra profesión, por lo que se debe cuidar sobremanera que los datos registrados obtenidos en el informe no dañen al paciente. Se debe ser discreto con la información que se proporciona y en caso de error, corregir las consecuencias de acciones dañinas.

El psicólogo debe siempre asumir su responsabilidad y no delegar a personas incompetentes su trabajo. El psicólogo debe interpretar las pruebas únicamente en el contexto de vida del paciente, lo que implica que siempre debe haber un contacto entre el profesional que interpreta las pruebas y la persona que es evaluada; en ningún caso se interpreta en términos técnicos, sin considerar el contexto.

3) **Integridad profesional:** El profesional debe reconocer sus deficiencias, por esto está obligado a solicitar asesoría en casos difíciles. La persona que realiza el psicodiagnóstico debe ser competente y no recurrir al engaño en el servicio que ofrece. Si es estudiante, debe informar que el trabajo clínico será siempre supervisado.

4) **Responsabilidad social:** La Psicología tiene una fuerte responsabilidad social, por lo que el profesional tienen que asegurarse que toda intervención sea ética y mantener siempre altos estándares profesionales; esto es, estar en capacitación y supervisión continua, así como mantener informado de los últimos avances sobre el tema.

Nunca debe permitir que se abuse de los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas. Es necesario devolver los resultados a las persona que solicitan la evaluación (así como al niño, si a este se le realiza la evaluación), por lo que es necesario redactar un informe psicológico. El profesional debe conservar un archivo completo de cada uno de sus pacientes, por lo menos 6 meses.

UNIDAD II. Instrumentos y técnicas de evaluación psicológica clínica

2.1. Introducción.

Los instrumentos de evaluación psicológica son las técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas. Son muchos los instrumentos que sirven para este fin y variadas son también las formas que adquieren los test, su modo de presentación, el material con que están hechos, el objetivo que persiguen, etc., es tan amplia la cantidad de instrumentos que existen que se encuentran clasificados en diversas categorías, y todos ellos constituyen el arsenal tecnológico y metodológico con que cuenta nuestra ciencia para realizar sus mediciones; estos instrumentos constituyen la base sobre la cual descansan los fundamentos de la exploración y el análisis del comportamiento del hombre, concebidos de tal forma desde que surge la necesidad de evaluar las diferencias humanas. Los instrumentos psicológicos son contruidos en base a teorías psicológicas que intentan explicar el comportamiento humano.

Los resultados de los mismos se integran al proceso evaluativo y a la toma de decisiones en relación a la persona en estudio; de forma tal, que la aplicación de los instrumentos de medida se constituye en la fase más importante del proceso de evaluación psicológica; igual ocurre en cualquier otro campo de la actividad humana, donde el uso correcto o

incorrecto de los instrumentos de medida determinan la calidad de la información que se obtiene, y por ende de las conclusiones finales a las que se arriban partiendo de dichos datos.

Los instrumentos de evaluación más utilizados en el ámbito clínico son los autoinformes y las entrevistas estructuradas. En el entorno clínico ha habido un esfuerzo en los últimos años por diseñar instrumentos de evaluación cortos y específicos, que cuenten con buenas propiedades psicométricas, que no se solapen entre sí, que estén adaptados o validados y que sean sensibles a la detección temprana de los trastornos mentales, así como a los cambios terapéuticos (Echeburúa, Amor y Corral, 2003; Groth-Marnat, 2009).

En la evaluación psicológica el psicólogo realiza una recopilación e integración de datos que obtiene principalmente de “instrumentos” con el fin de realizar un diagnóstico, orientación, selección... Y la prueba o instrumento de evaluación psicológica mide las variables psicológicas a través de procedimientos diseñados para obtener una muestra de comportamiento.

La formación del buen profesional de la psicología debe contemplar conocer el proceso de evaluación y en el transcurso del mismo saber elegir y aplicar los instrumentos que le permitirán realizar una labor de calidad e interpretar las puntuaciones obtenidas:

- Definir qué es un instrumento de evaluación psicológica.
- Estar familiarizado con las principales clasificaciones de los instrumentos de evaluación psicológica.
- Saber qué profesionales pueden aplicar los instrumentos de evaluación psicológica.
 - Aprender a elegir la mejor prueba de evaluación.
- Identificar las partes de un manual de aplicación de una prueba y su correcta utilización.
- Saber cuáles son los criterios de calidad exigibles a cualquier instrumento de evaluación, que garantizarán los resultados de nuestra labor profesional.
- Conocer las principales unidades de medida de los tests.

Según García-Montalvo un instrumento de evaluación psicológica es “todo aquello que el evaluador puede utilizar como legítima fuente de datos acerca de un sujeto.” En este sentido, un instrumento puede equipararse al vocablo “técnica”. Desde nuestro

punto de vista se trata de un concepto más general puesto, que los instrumentos de evaluación psicológica se clasifican en función del distinto tipo de técnicas, entendidas como conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia o un arte.

Muchas veces se utiliza indistintamente instrumento, técnica y test, pero no son iguales. Los instrumentos o técnicas pueden ser procedimientos no cuantificados ni tipificados como p. ej la entrevista. Los tests son un instrumento sistemático y tipificado que compara la conducta de dos o más personas. Sin embargo, a cualquier instrumento o técnica de evaluación psicológica se le denomina erróneamente tests psicológico. Pero no todas las técnicas o instrumentos son tests puesto que para serlo precisan estar estandarizados y tipificados. Por el contrario a los tests sí les podemos denominar instrumentos de evaluación psicológica.

2.2. Tipos de información.

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

Información descriptiva.

El tipo de información que interesa en la evaluación conductual ha de describir contextos, situaciones, estímulos, comportamientos (motores, fisiológicos y cognitivos) y variables de la persona y del desarrollo y los cambios que pueden ocurrir en todas ellas.

Cuando se dice describir, se quiere expresar que la información debe tener el menor nivel de interpretación posible. Evidentemente, en algunos casos el nivel mínimo de interpretación ya implica alguna inferencia respecto a los acontecimientos que realmente están ocurriendo; un ejemplo puede referirse a los acontecimientos cognitivos.

Como en tantas ocasiones, el hecho de disponer de una información libre de inferencias se convierte en un fin, más que en un medio. Como consecuencia de ello, en muchas ocasiones hay que trabajar con medidas indirectas y de mayor nivel de inferencia.

Siguiendo a Fernández Ballesteros (1996), pueden diferenciarse cuatro niveles de inferencia que abarcan desde el meramente descriptivo (fulanito está llorando), hasta el de mayor inferencia teórica (fulanito está deprimido por los efectos de su tríada cognitiva desajustada).

Los instrumentos y procedimientos de recogida de información vienen en gran parte determinados por la demanda de evaluación y los comportamientos que se quieren estudiar. Por ello, la evaluación psicológica utiliza no solo los tests, sino cualquier otro procedimiento científico que se preste bien a recoger la información necesaria para tomar las decisiones que el problema planteado requiere.

Información relevante.

Solamente debe recogerse la información que aporta o puede aportar datos útiles al planteamiento del problema. Evidentemente es difícil señalar qué datos interesan en la descripción de un problema antes de conocerlo, pero cabe suponer que los conocimientos técnicos (psicopatología, modelos explicativos, etiología, etc.) y la experiencia en problemas similares puede guiar la búsqueda. De nuevo se está ante un fin, más que ante un medio, pero no podría ser de otro modo.

Las evaluaciones que recogían todo tipo de información de los sujetos sin justificación alguna han de terminar en aras de un mayor respeto a la intimidad de las personas. Baste un ejemplo: si una persona llega a la consulta y plantea un problema de miedo a montar en ascensor, ¿hasta qué punto está justificado un interrogatorio sobre su vida sexual o sus creencias religiosas, que, por otra parte, se hallan protegidas por nuestra Constitución?

Una vez conocido el motivo de la consulta deberemos recabar información acerca de las condiciones pasadas y actuales del sujeto. Mientras que en la evaluación adulta se realiza una autobiografía, en la evaluación psicológica infantil son los padres quienes informan de la mayor parte de los datos del niño desde su nacimiento hasta la actualidad. La recogida de información debe incluir todos los aspectos del desarrollo del niño tanto físicos, biológicos, neurológicos, comportamentales, psíquicos, cognitivos, familiares, sociales, etc.

Resulta imprescindible otras fuentes como: padres, maestro u otras personas que estén en contacto diario con el individuo, con el fin de saber si se generaliza a otros ambientes. También se utilizará la información que da el individuo, y dependiendo de su edad se

podrá obtener información. Cuanto más pequeño, más dificultades pueden aparecer en el primer contacto con el mismo, por lo que se deberá crear un ambiente agradable y escoger el mejor momento del día para realizar la evaluación.

En algunas ocasiones puede ser imprescindible observar para conocer los estilos interactivos entre ambos, que pueden estar relacionados con el problema.

2.3 Observación.

La observación es la estrategia fundamental del método científico, y, cualquier técnica de recogida de información en evaluación psicológica conlleva, de una u otra forma, observación. La observación es, además, una conducta humana universal que ocurre, también, en la situación de evaluación entre el sujeto y el evaluador y que se produce sea cual fuere el modelo teórico de éste. Sin embargo, no sería correcto decir que todas las técnicas de recogida de información en evaluación psicológica son técnicas observacionales; existen una serie de características delimitadoras de lo que es un método observacional: — Quien observa es un experto (participante o no participante en la situación pero nunca el propio sujeto) o ha sido entrenado para observar deliberadamente, aunque sea brevemente. Así, hay que resaltar que estamos incluyendo como método observacional la observación deliberada realizada por personas allegadas al sujeto. Por ejemplo, cuando le pedimos a los padres que registren en una hoja de observación conductas de su hijo. — Lo que se observa, generalmente, es un hecho que ocurre en la situación de observación, preferentemente una situación natural o una situación análoga o artificial, Algunos autores no consideran este tipo de procedimiento de recogida de información una técnica observacional. Por supuesto, el «hecho» que se observa puede variar en su nivel de molaridad-molecularidad o la traducción que realiza el observador puede tener distintos niveles de inferencia. Por ejemplo, se pueden observar conductas (por ejemplo, si el niño moja la cama), se pueden inferir de las conductas

atributos (por ejemplo, si el niño está nervioso) o se puede observar un hecho presente que representa la expresión de un conjunto de conductas pasadas (por ejemplo, cuando observamos la existencia o no de desechos). También, conviene mencionar que algunos autores no incluyen como método observacional el que se expresa mediante atributos, sino sólo aquel referido a conductas motoras externas. — Se observa de forma sistemática, por lo que la observación conlleva un protocolo u hoja de registro preparada al efecto que puede tener distintos niveles de estructuración, admitiéndose desde un protocolo simple que permite la anotación narrativa (llamada por algunos autores observación ad libitum) hasta los más sofisticados códigos de observación. En definitiva, es observación aquello que se hace con cualquiera de los procedimientos y técnicas de recogida de información que requiere la percepción deliberada de comportamientos emitidos por un/os sujeto/s (a distintos niveles de complejidad e inferencia), realizada por un observador entrenado (participante o no participante) mediante protocolos preparados al efecto (de mayor o menor estructuración) que permitan una anotación sistemática, en una situación natural o análoga en la que no se eliciten respuestas.

Técnicas de registro (¿con qué observar?).

La estructuración del protocolo o del sistema de observación es una de las condiciones de la observación sistemática por cuanto permite la replicabilidad y el control de los resultados. Pero, hasta cierto punto, la sistematización de la observación depende del marco referencial teórico del observador. Evaluadores partidarios de los enfoques psicodinámico y constructivista suelen utilizar protocolos muy poco sistemáticos que permiten la descripción del continuo de conducta o la descripción mediante atributos de lo observado. Por el contrario, los observadores conductuales y los que desde una perspectiva diferencialista o médica utilizan productos de conducta emplean sistemas estructurados y estándar de observación en forma de códigos de categorías de conducta o de protocolos tipificados de recogida de datos. Por otra parte, el nivel de estructuración puede depender también de la fase en la que se efectúa la observación. Como señala Anguera (1981, 1990), la observación ha de realizarse mediante un plan en el que en un primer momento se efectúa una observación escasamente sistematizada, con el fin de estudiar la forma de operativizar el evento a observar, fundamentalmente cuando no existen códigos tipificados sobre el fenómeno objeto de examen. En estos casos suele comenzarse con una observación no sistemática con la que se trata de observar el continuo de la conducta con una observación prácticamente ad libitum. Una vez realizada

esa observación, se procederá a seleccionar los eventos relevantes al objeto de la evaluación, que, en un segundo momento, pasarán a ser observados de forma sistemática. En la misma línea que en el apartado anterior, en el que ordenábamos las unidades de observación en un continuo de molaridad-molecularidad, cabe ahora graduar los códigos o instrumentos de observación en un continuo de estructuración. No obstante, cualquier clasificación que realicemos en base a esto será, hasta cierto punto al menos, arbitraria. La que proponemos es la siguiente: 1) registros narrativos; 2) escalas de apreciación; 3) protocolos observacionales de conducta; 4) códigos o sistemas de categorías; 5) valoración de productos de conducta, y 6) recogida de datos mediante dispositivos mecánicos. Veamos con cierto detenimiento cada uno de estos procedimientos de recogida de datos observacionales.

2.4. Protocolos observacionales de conducta.

Los protocolos observacionales de conducta —también llamados listas de rasgos (Anguera, 1991)— contienen una serie bien especificada de conductas, encuadradas o no en clases y con o sin indicación de antecedentes o consecuentes ambientales de las mismas. En resumen, a través de estos protocolos observacionales se tienen en cuenta conductas, clases de conductas y relaciones funcionales entre éstas y otros eventos ambientales. Dos son los más frecuentes protocolos observacionales: los registros de conductas, las matrices de interacción y los mapas de conducta. Veamos con cierto detenimiento estos dos tipos de instrumentos.

Registros de conductas.

Se trata de la agrupación de una serie de eventos conductuales bien definidos que se supone son relevantes al caso que se está estudiando, sin pretender ser exhaustivo en la observación.

A la hora de desarrollar un registro de conductas, el procedimiento a seguir es el siguiente: 1. Selección de las unidades de análisis o conductas a observar y definición operativa de ellas. La selección y definición de las conductas objeto de observación se realiza en función de la demanda y los objetivos de la evaluación, tras una primera recogida de información, en estrecha relación con el sujeto o cliente y allegados, pudiéndose complementar con una observación asistemática en la situación natural. 2. Decisión sobre unidades de medida o dimensiones o parámetros relevantes a las

conductas eligidas. En general, lo que se pretende es constatar con qué ocurrencia o frecuencia aparecen las conductas (previamente especificadas). 3. Diseño del formato o protocolo de observación, que podrá conllevar especificación situacional y desde luego anotación de la fecha, lugar, intervalo de observación y cualquier otro particular relevante para esa observación. 4. Entrenamiento del/los observador/es, que, en algunos casos, podría/n ser no experto/s allegado/s al sujeto.

En resumen, en este tipo de técnica se observan unas cuantas conductas previamente definidas como «conductas objetivo» que han sido escogidas y descritas por el evaluador en función del caso específico que se está explorando. Generalmente este tipo de registros se emplea en diseños de caso único y son contruidos ad hoc para él, permitiendo la indicación situacional.

En el cuadro 6.4 se presenta un Registro de conductas en el que se han inventariado una serie de conductas inadecuadas y adecuadas en el hogar junto con las situaciones de ocurrencia probable. La elección de unas y otras se ha realizado de acuerdo con las informaciones recogidas inicialmente de las entrevistas habidas con las personas allegadas a un niño de seis años sobre el que se consultaba por problemas de adaptación familiar. Estos protocolos tienen una serie de inconvenientes: 1. No puede tenerse constancia del exacto momento en el que la conducta se da, y ello influye en la dificultad de determinar la fiabilidad interjueces. 2. Resultan inviables cuando la/s conducta/s a examen presenta/n una alta frecuencia o cuando existen multitud de conductas a observar. 3. Cuando lo que ha de ser observado presenta muy baja frecuencia, existe el riesgo contrario, que el observador disminuya su atención (véanse Cone y Foster, 1982; Nay, 1979). A pesar de todos esos inconvenientes, en multitud de ocasiones la observación mediante estos protocolos puede resultar la única posibilidad que le queda al observador, que, tras un

Ejemplo de Registro de conductas*

INSTRUCCIONES: como ha sido previamente explicado, cada día, a lo largo de una semana, se anotará una marca en la casilla correspondiente a las conductas que aparecen en la columna de la izquierda, tantas veces como ocurran por la mañana, al mediodía y por la tarde-noche, en las situaciones que figuran en la fila primera.																	
Día: Observador:.....																	
Situaciones / Conductas	Mañana					Mediodía					Tarde-noche						
	Levantarse	Arreglarse	Desayunar	Va al colegio	Otras	Comiendo	Asco	Juego	Deberes	Otras	Jugando	Deberes	Cenando	Al bañarse	Viendo TV	Al acostarse	Otras
No presta atención																	
Discute																	
No obedece																	
Llora																	
Pega																	
Rompe algo																	
Miente																	
Se queja																	
Parece triste																	
Da órdenes																	
Colabora																	
Obedece																	
Contesta bien																	
Parece alegre																	
Juega																	

minucioso entrenamiento a allegados o con la utilización de expertos, puede lograr datos observacionales.

2.5. Matrices de registro.

Matrices de interacción, Tales procedimientos observacionales están dirigidos, exclusivamente, a la constatación de las interacciones que se producen entre el ambiente social y la conducta; es decir, de las relaciones funcionales antecedente-respuesta o respuesta-consecuente que se producen en la interacción de dos o más sujetos humanos.

En el cuadro 6.5 presentamos un ejemplo de una matriz de interacción. En múltiples ocasiones se requiere no sólo la evaluación de un sujeto, sino la de las interacciones que se producen entre individuos o entre un individuo y un grupo. Así, por ejemplo, puede ser necesario el análisis de las interacciones que mantiene una pareja que consulta por problemas familiares o bien las relaciones que se dan entre un esquizofrénico y su familia o entre un niño y su maestra.

Así también, es posible que nuestro objetivo resida en las interacciones sociales que se producen en un determinado ambiente (por ejemplo, en una institución). Es decir, dos son los objetivos de este tipo de códigos: 1) el de la constatación de las relaciones funcionales entre una/s conducta/s y sus contingencias, y 2) el estudio de las relaciones interpersonales que se mantienen en un determinado grupo social o ambiente. Haynes (1978) enumera las características fundamentales de este tipo de registro: 1. Requieren un menor esfuerzo por parte del observador que los códigos de categorías, ya que no se tienen que memorizar las abreviaturas correspondientes a cada categoría, y su descripción y las conductas a examen suelen ser más simples. 2. Suponen un tipo de registro multiuso aplicable a distintas situaciones con sólo variar las conductas a examen. 3. El número de categorías de conducta que generalmente se incluyen es reducido. 4. Son fundamentalmente aplicables en el registro de interacciones diádicas o triádicas; así, por ejemplo, son útiles en el análisis de las interacciones madre-hijo, marido-mujer, padremadre-hijo. 5. La mayor dificultad estriba en la definición operacional de las conductas que se integran en cada una de las conductas listadas. En resumen, las ventajas que este tipo de matrices presentan decrecen en la medida en la que han de utilizarse

muchas categorías de conducta o bien es necesario tener en cuenta largas cadenas de respuesta que impliquen a más de dos o tres personas.

CUADRO 6.5

Ejemplo de Matriz de interacción de pareja (Haynes, 1978, p. 114)

Día: Observador:.....					
		Mujer			
Marido		Verbalización positiva	Verbalización negativa	No respuesta	Total
	Alabanza				
	Crítica				
	Comentario neutro				
	Total				

2.6. Instrumentos psicométricos.

Los tests psicométricos son instrumentos estructurados, es decir, en ellos la persona tiene que escoger, entre alternativas de respuestas posibles, aquella que considera se ajusta mejor en su caso particular. Por ejemplo: 1. En el Test de Matrices Progresivas de Raven, se le presenta a la persona un cuadro al que le falta una parte, la persona debe escoger la parte que falta entre 6 u 8 alternativas posibles. 2. En el test I6 PF de Cattell, se le presenta al sujeto una serie de preguntas y la persona tiene que elegir, ante cada pregunta, una de las 3 alternativas de respuestas posibles, aquella que se ajusta mejor en su caso particular. El uso de estas técnicas psicométricas, vincula a la evaluación psicológica con otra disciplina del campo de la Psicología Científica, la cual se ocupa de la construcción y elaboración de los instrumentos de medida: la Psicometría. La Psicometría garantiza que los instrumentos de medida sean debidamente estandarizados y posean la validez requerida que haga posible dichas medidas y posibiliten la diferenciación de unas personas en relación a otras en determinada población. Las técnicas psicométricas quedan englobadas dentro del proceso de evaluación psicológica; el proceso evaluativo utiliza las pruebas psicométricas como instrumentos de medida con el objetivo de alcanzar una información más amplia del sujeto, que le permita al investigador, crear hipótesis de trabajo, que orienten su proceder evaluativo y diagnóstico.

Características generales de las técnicas psicométricas.

Los tests psicométricos son instrumentos estructurados en los cuales la persona evaluada tiene que escoger, entre alternativas de respuestas, aquella que considera se ajusta mejor en su caso particular. Comentamos diversas características de este modelo, como son: • Los tests psicométricos se basan en el principio de medir la ejecución de las personas en los mismos y comparar sus resultados con los obtenidos por otros sujetos pertenecientes al grupo normativo o de referencia. Grupo normativo que está constituido por personas del mismo sexo y/o edad cronológica y/o nivel socioeconómico y/u otro tipo de variables, para obtener conclusiones respecto a las habilidades cognitivas de los sujetos estudiados. • En este modelo la conducta se entiende determinada por atributos intrapsíquicos estables, por lo que la tarea evaluadora consiste en la búsqueda de las manifestaciones externas (que son las respuestas dadas en los tests). Estas manifestaciones sirven de indicadores de los trastornos internos no evaluables directamente. Las relaciones entre los atributos internos y las manifestaciones externas están basadas en las técnicas correlacionales. • Los

atributos internos, en función de los cuales se explica la conducta, se les denomina rasgos. Los rasgos son constructos hipotéticos, teóricos, inferidos de la observación de la covariación de conductas simples. • Las técnicas psicométricas, por tanto, son instrumentos de evaluación de rasgos o aptitudes, que en una u otra magnitud conforman la estructura básica de la personalidad en cualquier ser humano. En su concepción está el criterio de la estabilidad de esos rasgos en las personas, lo que permite predecir su conducta una vez que se han medido. • Este modelo no tiene en cuenta el contexto en el que está inmersa la persona que contesta el test.

2.7. Técnicas proyectivas.

Las técnicas proyectivas deben su nombre al término proyección, introducido por Freud en 1894 y que, nuevamente, elabora en 1896 en su obra *Las Neuropsicosis de Defensa*, obra donde se acuña el concepto de proyección como mecanismo de defensa. Desde entonces se define este concepto como el mecanismo a través del cual se atribuye a otros (personas u objetos) sentimientos y emociones internas, reprimidas, que de ser conscientizadas crearía angustia, por lo que se extroyecta hacia otra persona, quedando liberado el sujeto del estado de tensión que tales emociones le producirían. Más tarde, en su obra *Tótem y Tabú*, Freud amplía nuevamente su concepto de proyección, a condiciones no patológicas. En esta oportunidad considera la proyección como un mecanismo por el cual percepciones internas, provocadas por procesos ideacionales y emocionales conscientes, son proyectadas en el mundo exterior.

A pesar del nuevo sentido que adquiere el término proyección, el concepto sigue siendo utilizado por muchos autores como mecanismo de defensa para liberar angustia, adjudicando a otras personas, aspectos indeseables de uno mismo. A pesar de la fecha en que Freud introduce el término proyección, no es hasta 1939 en que las técnicas que hoy día son denominadas como proyectivas reciben ese nombre. El psicólogo norteamericano L. K. Frank (1939) es quien elige el término de técnicas proyectivas para aquellas pruebas cuyo estímulo es ambiguo o de poca estructuración y da libertad de respuesta al sujeto sin que la persona sea del todo consciente del objetivo que se persigue con dicha evaluación; lo que permite, de este modo, que a través de la respuesta, se pongan de manifiesto, o se proyecten al exterior, los estilos básicos de personalidad del sujeto y los estados transitorios por los que atraviesa. Es importante resaltar que Frank utiliza el término "proyección" en el sentido amplio del concepto dado por Freud. Las técnicas

proyectivas se clasifican en: **Estructurales:** son aquellas técnicas que presentan al sujeto un material visual, de escasa estructuración y él debe estructurar, ese material, diciendo "qué es lo que ve" por ejemplo el Rorschach. **Temáticas:** son técnicas que presentan, al sujeto, el material visual con distintos grados de estructuración de contenido humano o parahumano y el sujeto debe narrar una historia estructurando de ese modo el contenido de dicho material. Ejemplo de técnica temática es el TAT de Murray. **Constructivas:** son técnicas en que se entrega al sujeto material de construcción, él debe organizarlo y construir algo de acuerdo a la consigna dada, ejemplo el Test de la Casa Aberastury. **Expresivas:** técnicas en las cuales se da al sujeto la consigna verbal o escrita de dibujar una/s figura/s. Ejemplo son el test de la figura humana, y el test de la familia. **Asociativas:** técnicas en que se da al sujeto una consigna, verbal o escrita. El sujeto debe expresar, de forma verbal o escrita, sus asociaciones frente a palabras, frases o cuentos, ejemplo de ello son las frases incompletas de Rotter.

2.8. Proceso de aplicación de los test.

El proceso de aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica tiene dos fases: la primera fase es la aplicación propiamente dicha, la cual incluye el uso del método de la observación de la persona o personas a las cuales se les aplican los tests. La segunda fase es la calificación de los tests. La primera fase del proceso de evaluación psicológica constituye el cimiento sobre el cual descansa todo el proceso de evaluación e interpretación de los datos obtenidos de dichos instrumentos. Por tal motivo, es imprescindible desarrollar las habilidades necesarias para esta tarea. Los errores de aplicación cometidos en esta fase son insalvables. Lo que resta en tales situaciones es registrar la situación de error cometida en el test en cuestión y decidir si continuar o no la aplicación de dicha prueba, y su calificación. Siempre debe aparecer el registro que relate lo ocurrido. La calificación requiere del desarrollo de habilidades que faciliten el trabajo de puntuación, para lo cual se requiere de prudencia y constancia en la tarea; en esta fase es necesario revisar el trabajo de calificación efectuado, una vez concluido el mismo, para garantizar la validez de la información obtenida. Como se observa, estas dos primeras fases son fundamentales para el trabajo, en general, del psicólogo. Para asumir el procedimiento de aplicación de los tests, el examinador debe:

- Tener la habilidad que lo capacita para realizar la aplicación y calificación de las pruebas.
- Antes de aplicar un test,

familiarizarse con el modo en que se aplica ese test en particular. • Ser riguroso seguidor de las instrucciones para la aplicación que tiene cada test. • Observar una actitud científica e imparcial y no dejarse llevar por su inclinación de ayudar al examinado, proporcionándole datos que faciliten su ejecución en la prueba. • Evitar las expresiones mímicas que den, de una manera inconsciente, información al examinado. Al aplicar un test debemos permanecer indiferentes ante los errores o los aciertos del sujeto. • Mantener una actitud amable con el examinado. • Respetar las directrices éticas acerca del uso de los test. Durante el procedimiento de aplicación de los test, el examinador debe: • Considerar las condiciones ambientales en que se efectúa la aplicación: iluminación, ventilación, ruidos, interrupciones; se registra la hora en que el sujeto comienza a dar sus respuestas ante cada test y la hora en que termina, etc. • Observar el estado físico y psicológico en que se encuentra el examinado. • Ofrecer instrucciones claras y precisas. Por ejemplo: una orden del tipo "Coja Ud. el folleto, póngalo boca abajo y escriba su nombre en la hoja de respuesta" podría ser causa de confusión. Es mejor dividir las instrucciones en unidades más sencillas, como por ejemplo: "Coja Ud. el folleto" (el examinador coge un ejemplar y observa si todas las personas del grupo han tomado el folleto), "póngalo boca abajo" (el examinador realiza esta misma operación y espera a que todo el mundo lo haya hecho), "tome Ud. ahora la hoja de respuesta (el examinador la coge también y espera a que todos hayan hecho lo mismo)", "escriba su nombre en el espacio en blanco del encabezamiento, empezando por el primer apellido" (permite un tiempo prudencial para la escritura de dichos datos y se cerciora que los mismos se plasmen correctamente), etc.

2.9. Calificación de los tests.

La calificación de los instrumentos de evaluación psicológica aplicados, representa la segunda fase del proceso de evaluación psicológica. Esta fase requiere de cautela y habilidad; a partir de la puntuación alcanzada en los test se elaboran las hipótesis

interpretativas que sirven de orientación a la labor diagnóstica, se puede decir, que el destino final de la puntuación es la elaboración de dichas hipótesis. Cada test tiene su modo particular para ser aplicado y tiene su propio sistema de calificación. Durante las clases prácticas para la enseñanza de cada uno de los test, en forma particular, se irán conociendo las especificidades que impone cada test al examinador. Es importante insistir que la calificación exige del cumplimiento estricto de los procedimientos que están establecidos para la puntuación. En ocasiones, se producen observaciones por el examinador a favor de criterios acerca que el sujeto no entendió algunos ítems de la prueba, o que tal respuesta es ocasionada por situaciones que distrajo la atención del sujeto, etc.; estos criterios deben ser reflejados en las observaciones pero no pueden estas consideraciones, en modo alguno, modificar el sistema de calificación de esa prueba. Como principio básico del proceso de calificación podemos señalar la necesidad de ser exigente en la observancia de las puntuaciones que se asignan. Este nivel de exigencia se eleva cuando las puntuaciones deben ser convertidas a otras escalas. Es importante examinar el trabajo de calificación realizado, nuevamente, antes de hacer llegar al psicólogo los resultados de los test ejecutados por cada sujeto. Cada una de las pruebas psicológicas aplicadas deben reflejar datos generales del sujeto que las realiza: nombres y apellidos, edad, lugar de procedencia., escolaridad, sexo, etc., según corresponda de acuerdo a cada test, así como la fecha de realización de la misma; este último dato es de extraordinario valor para el seguimiento evolutivo de la persona estudiada o para comparar los resultados de los test obtenidos en un momento posterior a dicha aplicación.

2.10 Autorregistro

En términos generales el autorregistro puede considerarse como el método más recomendable para llevar a cabo una evaluación del cambio a lo largo del tiempo. Los distintos procedimientos de autorregistro, desde el autorregistro de frecuencias hasta los

diarios, cuentan con varias ventajas que les hacen muy recomendables para acompañar la entrevista y los cuestionarios en esta fase del proceso de EPC.

En primer lugar, los pacientes normalmente han sido entrenados en el autorregistro durante la fase de evaluación pretratamiento, por lo que su aplicación posterior no añade dificultad al proceso de intervención. En segundo lugar, en la mayoría de los casos los programas de tratamiento insisten en la conveniencia de conseguir una mayor autoobservación por parte del paciente de su comportamiento y las contingencias asociadas al mismo. Los autorregistros resultan en este sentido tan útiles que muchos programas de intervención los incluyen como técnicas de tratamiento; aprovecharlas para mantener la evaluación es solamente una ganancia secundaria que no vale la pena desperdiciar.

En tercer lugar, ofrecen unas posibilidades únicas de aunar distintos aspectos cualitativos (por ejemplo, los contenidos de ciertas ideas irracionales), cuantitativos (la frecuencia de aparición de las mismas, por ejemplo) y contextuales (los contextos en los que tienden a aparecer).

En cuarto lugar, los autorregistros ayudan a dirigir la atención del paciente hacia el cambio; son sobradamente conocidos los problemas que algunos pacientes tienen para identificar adecuadamente los cambios que se están produciendo en su vida, especialmente las mejorías.

Todas las ventajas anteriormente citadas no deben hacer olvidar al clínico el hecho de que los autorregistros han de ir retirándose conforme avanza la intervención para ir eliminando la atención al problema que inicialmente ha sido tan beneficiosa y finalmente podría llegar a resultar perjudicial. Evidentemente, estamos manteniendo un nivel de generalización muy amplio y cada caso, sobre todo algunos tipos de problemas, merecerá una atención especial y posiblemente encontremos ocasiones en las que el uso del autorregistro no pueda estar recomendado ni siquiera en la evaluación pre-tratamiento.

Las estrategias de autorregistro empleadas pueden ser muy diversas. Frecuentemente se usan los mismos procedimientos que durante la fase de pre-tratamiento con ligeras modificaciones que los simplifiquen. Por ejemplo: puede reducirse la información contenida, centrando al paciente nada más que en los sucesos clave o en los mejores indicadores del cambio. Igualmente, podemos reducir la frecuencia, por ejemplo

muestreando una hora al día, un día a la semana, una semana al mes, etc. según el problema y el momento del proceso de intervención en el que nos encontremos. También podemos cambiar el tipo de técnica de autorregistro, por ejemplo pasar de una estrategia de autorregistro completa e inmediata (anotar cada vez que aparece el suceso distintos aspectos situacionales, cognitivos, fisiológicos, motores, anteriores y posteriores) que ayuda a recoger la máxima información posible a otra menos completa y retardada en el tiempo, como la redacción de un diario que, sin embargo, ayuda al paciente a ir construyendo y narrándose a sí mismo el proceso de cambio en el que está inmerso.

2.1.1. Selección de las técnicas de intervención

Aunque la elección del tratamiento exceda los conocimientos evaluativos y se adentre en la especialidad del tratamiento psicológico, consideramos necesario referirnos a dos aspectos metodológicos importantes que influyen en esta fase y que, por tanto, pueden condicionar nuestro diseño y la valoración de la intervención: el rol que el tratamiento ejerce en el diseño evaluativo y los criterios que deben guiar la selección del tratamiento. Así, en primer lugar, conviene salir al paso (aunque sea de manera muy breve) del rol asignado al tratamiento en el interjuego de las distintas variables implicadas. Algunos metodólogos consideran que el tratamiento es la variable independiente.

Sin embargo, ello conlleva una sobresimplificación desmedida dado que la intervención no es ni más ni menos que la técnica de manipulación de la variable independiente (Evans, 1985). Por ejemplo, si consideramos un caso de depresión mayor (variable dependiente) en la que se hipotetiza, como variable causal, un déficit en el sistema motivacional del individuo (variable independiente), ese sistema motivacional puede ser manipulado mediante un gran número de intervenciones psicológicas (conductuales, conductualescognitivas o incluso exclusivamente cognitivas). En otras palabras, existen múltiples formas de tratamiento.

Sin embargo, cuando seleccionamos uno específico, estamos seleccionando una específica técnica de manipulación de la variable independiente y no la variable independiente, que ha

debido de ser contrastada y seleccionada previamente. Por tanto, tras el tratamiento, deberemos comprobar los efectos de éste no sólo en la/s variable/s dependiente/s, sino en las medidas registradas de la variable independiente. Así, deberemos comprobar que el tratamiento ha sido capaz de modificar la variable independiente y, como derivación, que se ha obtenido el cambio esperado en la variable dependiente (Fernández-Ballesteros y Staats, 1992; Fernández-Ballesteros, 1994, 2004). En segundo lugar, la elección del tratamiento ha de regirse por las pruebas existentes sobre la eficacia, efectividad y eficiencia del total de los tratamientos disponibles en la manipulación de una determinada variable independiente y en los conocimientos generales sobre intervenciones clínicas, y ello excede con mucho tanto los conocimientos evaluativos como el propio nivel de dificultad de esta obra.

En breve, en distinción de Seligman (1995), se considera que un tratamiento es «eficaz» cuando ha conseguido sus objetivos mediante diseños controlados (relevancia experimental), mientras que puede considerarse «efectivo» si produce efectos en contextos clínicos en 4 Ésta es la manera de salir al paso de la «inmunización del tratamiento» tan criticada en el ámbito de la evaluación y modificación de conducta (véase Westmeyer, 2001). que se aplica (relevancia clínica y/o social). Finalmente, se entiende por eficiencia aquella propiedad de un tratamiento en la que se comparan sus costos con la consecución de sus objetivos. Pérez, Fernández-Hermida, Fernández y Amigó (2003) han reunido los más importantes tratamientos psicológicos con el análisis de las pruebas sobre eficacia y efectividad y el lector tiene en esa obra una valiosa fuente de información.

No obstante, es importante señalar que por muchos indicadores con los que contemos sobre el valor del tratamiento elegido, ello no determina que en nuestro caso concreto lo sea (véase epígrafe sobre análisis de datos en la valoración del tratamiento), y, por tanto, la valoración del tratamiento se hace totalmente necesaria para hablar de la eficacia, efectividad y eficiencia en nuestro caso particular

Unidad III. Elaboración del Informe psicológico

3.1. Elaboración del informe psicológico.

La evaluación psicológica se ha concluido cuando la información obtenida se ha organizado, sintetizado e integrado. La integración de un informe es una parte fundamental del proceso de evaluación, ya que su función es transmitir de manera clara y concisa la información obtenida, los hallazgos, impresiones clínicas (cuando sea aplicable) y las recomendaciones específicas. La planificación del informe, exige extremo cuidado ya que los resultados que de ella se obtengan pueden influir en la vida de la persona evaluada (Sattler, 2003).

Klopfer (1975), basado en su experiencia docente, y como supervisor, recomienda para esta tarea aplicar un esquema ordenador del material, construyendo un cuadro de doble entrada en el que figuran por un lado las áreas que se van a incluir en el informe y por otro los materiales aplicados. De esta manera, en cada casillero se ubicaron las inferencias más pertinentes a partir de la producción del sujeto en cada test referidos a esa área específica. Secuencialmente, sugiere que el análisis del cuadro se realice primero explorando cada instrumento por separado y luego contrastar las pruebas entre sí, permitiendo encontrar las recurrencias y convergencias para posteriormente buscar una explicación de las aparentes incongruencias o contradicciones si las hubiera.

Otro planteamiento es el de Núñez (1985), quien manifiesta que en la redacción de un informe es de gran utilidad seguir una guía, que podría evitar visiones fragmentadas y discusiones interminables. Propone un esquema organizador que inicia con los datos de la entrevista clínica, en seguida se presentan los estudios que se realizaron y los resultados obtenidos, en una tercera parte se establecen el diagnóstico y el pronóstico y finalmente, cuando es pertinente se dan sugerencias para el tratamiento. En el informe de las diferentes áreas estudiadas es importante tener presente que cada sección corresponde a un tema central del funcionamiento de la personalidad y que en conjunto integran una secuencia lógica. A veces es recomendable señalar los títulos de las secciones con el propósito de explicar la presentación, con datos obtenidos de personas cercanas y ayudar al lector a quien se dirige el informe.

Un estudio, debe organizar los datos de manera que la persona estudiada sea visible en forma íntegra aunque los diferentes aspectos de su personalidad total, sus respuestas y sus formas de relacionarse se perciban a distintos niveles en varias secciones del informe.

Al respecto, Schafer (citado en Verthelyi, R. F. 1989): propone 6 criterios básicos que pueden servir como guías para incrementar la validez de la interpretación y la coherencia en la presentación de un informe.

Debe haber suficiente evidencia para la interpretación.

La profundidad de la interpretación debe ser apropiada al material.

Debe especificarse la forma manifiesta de la tendencia interpretada.

Debe hacerse una estimación respecto a la intensidad de la tendencia interpretada.

Debe asignarse a la tendencia una posición jerárquica dentro del cuadro de la personalidad total.

Debe especificarse tanto los aspectos adaptativos como los patológicos de la tendencia interpretada.

Con el fin de que el Informe psicológico cumpla su cometido, es importante considerar algunos principios básicos para la redacción del mismo (Ávila, A., 1992).

1. El informe es parte y a la vez resultante del proceso psicodiagnóstico o de evaluación al cual pertenece. No es posible entender el informe separado del contexto en el cual tiene origen.
2. El informe ha de ser relevante en cuanto a su objeto y contenido. Debe excluirse todo aquello que no se refiere a su objetivo.
3. El informe ha de ser necesario. No deben realizarse informes sin que exista un propósito definido para su ejecución, relevante a la intervención psicológica.
4. El informe ha de tener utilidad, es decir, debe permitir tomar decisiones o hacer un uso específico del mismo, de acuerdo a las necesidades reales del cliente.
5. El informe ha de ser riguroso, veraz y objetivo, tanto en sus aspectos metodológicos procedimientos de exploración e integración, seguidos para su elaboración- como en su contenido. Para algunos autores, el informe es un documento “científico”, ya que es producto de un proceso ajustado a normas, a través del cual se han obtenido unos resultados, de los que se derivan una serie de acciones que dan respuesta a los objetivos previamente formulados.
6. El informe ha de referirse personalmente al sujeto y objeto de estudio. No debe realizarse el informe describiendo a los sujetos y a sus problemas, aplicables a la mayoría de las personas, y que impide toda intervención específica posterior.
7. El informe debe tener coherencia interna, tanto en su redacción final, como en las estrategias de exploración y marco teórico utilizado para su ejecución.
8. El Informe psicológico debe ser breve, por lo que el psicólogo tiene que seleccionar la información que considere pertinente, con respecto al motivo de conducta y problemática en particular de cada paciente.
9. El informe ha de tener sentido en el contexto al cual va destinado, lo que implica un uso consensual adecuado del lenguaje, un análisis de los objetivos del informe y una consideración acerca de su utilización social.

10. El informe ha de estar abierto a la perspectiva interdisciplinar con la que es imprescindible abordar la mayoría de los problemas y supuestos que lo motivan.
11. El informe debe respetar los principios éticos básicos de la Psicología, y los derechos legales de las personas evaluadas, tanto por las repercusiones que el informe tiene para la persona, como por la responsabilidad que el psicólogo contrae al suscribirlo.
12. El informe debe redactarse tan rápido como sea posible después de concluir con la evaluación.

3.2 Propuesta de Sattler de informe psicológico.

Por su parte Sattler (2003) de manera más puntual propone una serie de principios que orienten la redacción del informe psicológico infantil:

- 1.- Utilice una estrategia consistente para organizar los hallazgos centrales de la evaluación, detecte los temas comunes de los hallazgos y entre ellos, e integre los hallazgos y adopte un enfoque teórico.
- 2.- Incluya material sólo relacionado en el informe y elimine aquel material dañino que no sea pertinente para la valoración.
- 3.- Ejerza extrema cautela al realizar interpretaciones basadas en una muestra limitada de conducta.
- 4.- Utilice todas las fuentes relacionadas de información acerca de la persona evaluada, para: generar hipótesis, formular interpretaciones y dar recomendaciones.
- 5.- Sea definitivo en la redacción cuando los hallazgos sean claros y sea cauteloso cuando no lo sean.
- 6.- Mencione conductas y fuentes específicas. Cite de manera directa al niño examinado para mejorar legibilidad del informe.
- 7.- Considere el C.I. Total como la mejor estimación del nivel actual de funcionamiento intelectual del niño.
- 8.- Evite citar solamente los nombres pruebas y las puntuaciones que de ellas se deriven. Interprete el significado e implicaciones de las puntuaciones del menor.
- 9.- Obtenga las clasificaciones de los C.I y de otras puntuaciones de prueba a partir de los rangos numéricos proporcionados en los manuales de la misma.
- 10.- Utilice rangos percentilares siempre que sea posible para describir las puntuaciones del niño.
- 11.- Proporcione descripciones claras de las capacidades medidas por las subpruebas.

- 12.-Relacione las inferencias basadas en puntuaciones de C.I. o de subpruebas con los procesos cognoscitivos medidos por los subtests o las escalas.
- 13.-Describa claramente y sin ambigüedad el perfil de puntuaciones.
- 14.-Haga recomendaciones de manera cuidadosa, utilizando todas las fuentes de información disponibles.
- 15.-Utilice con precaución las puntuaciones obtenidas mediante extrapolación o interpolación.
- 16.-Absténgase de realizar diagnósticos de psicopatología o educativos basados únicamente en las puntuaciones de la prueba, tome en consideración todas las fuentes de información disponibles.
- 17.- Comuníquese en forma clara y no incluya material técnico innecesario dentro del informe.
- 18.-Describa y utilice conceptos estadísticos de modo apropiado, asegúrese de verificar todos los cálculos e informe de manera precisa la confiabilidad y validez de los resultados de las pruebas.
- 19.- Elimine del informe los términos que indiquen discriminación.
- 20.-Redacte un informe conciso, pero adecuado.
- 21.-Atienda cuidadosamente la gramática, ortografía y estilo de redacción.
- 22.-Desarrolle estrategias para mejorar su escritura, tales como: Utilizar un esquema, revisar su borrador inicial y corregir el estilo de su informe final.

3.3. Contenido del informe psicológico

Un informe es un registro clínico que describe de manera adecuada los hallazgos de la evaluación, incluyendo la información acerca de los antecedentes de la persona examinada y sus problemas, ventajas y limitaciones actuales; incluye las observaciones conductuales y las interpretaciones de las pruebas.

El valor del informe psicológico reside en el grado en que atiende a la pregunta de canalización.

La forma de estructurar un informe psicológico depende básicamente del enfoque teórico que se adopte, para algunos psicológicos, se estructura basándose en el sistema teórico que le da sentido; para otros, parte de la descripción de los resultados de los tests o procedimientos utilizados en la exploración; o bien centrado en los objetivos o en el problema de estudio.

Es evidente que un modelo específico estandarizado no es posible ni tampoco recomendable ya que el contenido y la forma del mismo dependerá de a quien va dirigido (niño, adolescente, adulto, adulto mayor) y cual es el motivo de la evaluación, por lo que se sugiere que el clínico construya un informe que sea relevante para cada problema que estudie, que contemple el ámbito en que se desarrolla la evaluación y los propósitos de la misma (selección, diagnóstico, diseño de un programa de intervención o seguimiento).

No obstante, existen diferentes modelos que se pueden ajustar a diferentes poblaciones como por ejemplo, Sattler (2003), quien trabaja principalmente con niños, diseñó un formato estándar de los elementos que deben considerarse en un informe y contempla los siguientes puntos:

- Información de identificación.
- Instrumentos de evaluación.
- Razón para la canalización.
- Información sobre antecedentes.
- Observaciones durante la valoración.
- Resultados de la evaluación e impresiones clínicas.
- Confiabilidad y validez.
- Pautas para informar los resultados de una prueba.
- Intervalos de confianza.
- Impresiones clínicas y diagnósticas.
- Organización de la sección de resultados de la evaluación e impresiones clínicas.
- Recomendaciones.
- Resumen.
- Firmas

3.4. Modelo psicodinámico.

Por su parte, Reyes O, Lucio E y Esquivel F., (1987) proponen desde el modelo psicodinámico un procedimiento para integrar y organizar en las áreas básicas de funcionamiento y relación, la información obtenida sobre el sujeto a través de la observación, la entrevista, historia clínica, autobiografía, pruebas psicológicas y técnicas proyectivas, y proponen como elementos básicos del contenido del reporte psicológico, los siguientes:

Ficha de identificación.

Objetivos del reporte psicológico. fecha de aplicación.

técnicas empleadas. Descripción del paciente, observaciones y comentarios. Antecedentes personales.

Resultados e interpretación de las técnicas empleadas:

Área intelectual.

Características del pensamiento y contacto con la realidad.

Área perceptomotora.

Área afectiva: tono afectivo. demanda y expresión del afecto. Características del control de impulsos. autoconcepto. relaciones interpersonales.

Capacidad de insight.

Mecanismos de defensa.

Áreas libres de conflicto.

Impresión diagnóstica.

Sugerencias de tratamiento.

Pronóstico.

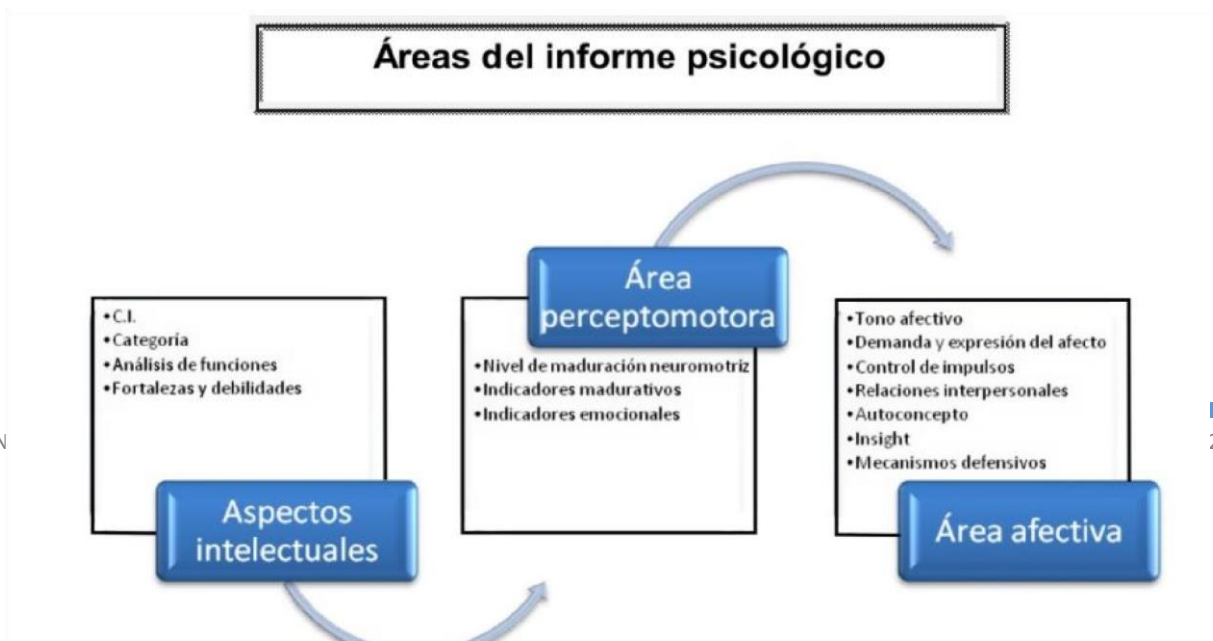
Firma.

3.5. Descripción de las áreas del modelo psicodinámico.

Ficha de Identificación: Reúne los datos personales del evaluado, nombre, edad, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, fuentes informantes, derivante, institución que remite, etc.

Objetivos del reporte psicológico: Describe claramente el motivo por el cual el usuario y/o los familiares acuden a solicitar una evaluación psicológica. En el contexto clínico, en general se trata de un problema que produce malestar en el paciente, altera su comportamiento, y en consecuencia la relación con las personas cercanas a él, en el caso de los niños cita las distintas versiones que sobre el problema y los síntomas tienen el menor, los padres y aquellas personas interesadas en su comportamiento y desempeño. Finalmente se agregan las características de la demanda y las expectativas sobre el proceso.

Descripción del paciente, observaciones y comentarios: Incluye una descripción sobre las características físicas y psicológicas del evaluado, entre otras, apariencia, aliño, actitud ante la evaluación y formas particulares de interacción social, basadas en la



observación sistemática de sus conductas durante todo el proceso psicodiagnóstico.

Antecedentes: Reúne los hallazgos básicos sobre la historia de vida del sujeto: sobre la dinámica familiar, desarrollo, salud, hábitos, conducta y juegos o intereses, área escolar, laboral, sexual y social, eventos significativos actuales, al citar solo la información pertinente y acorde con los objetivos, contexto y persona solicitante. Resultados e interpretación de las técnicas empleadas: Inicialmente se enlistan las técnicas empleadas en el orden en que serán analizadas con su nombre completo, versión de la prueba y año de la misma.

Las pruebas elegidas permiten evaluar cada una de las áreas señaladas, aportando información cuantitativa y cualitativa, y los resultados se relacionan con el motivo de la consulta, con lo observado en las sesiones de evaluación y con la información previa y las entrevistas. En el siguiente diagrama se presentan las áreas primordiales comúnmente evaluadas para la mayoría de los casos:

3.6 Áreas del informe psicológico.

Aspectos intelectuales: Presenta una serie de informes tanto cuantitativos como cualitativos acerca de la dotación intelectual, el rendimiento, uso de recursos intelectuales y la participación de las diversas funciones cognitivas (atención, percepción, juicio, pensamiento, lenguaje, etc.), identificando las fortalezas y debilidades intelectuales de la persona evaluada; al observar directamente diversos indicadores durante la entrevista y a través de la aplicación de escalas de inteligencia.

Indicadores en entrevista:

Nivel académico y rendimiento.

Logros reales del sujeto.

Manejo de la situación de entrevista.

Forma de expresión del sujeto: oral y gráfica.

Intereses del sujeto.

Manejo de situaciones cotidianas y conflictivas.

Comprensión de contenidos abstractos.

Ambiente sociocultural del que proviene el sujeto.

Escalas de inteligencia: existe una variedad de pruebas que evalúa el factor general de la inteligencia (Dominós, Raven, Beta III). Las escalas Wechsler para niños y adultos que valoran factores específicos (WPPSI, WISC IV, WAIS III) permiten:

Obtención del CI y de las puntuaciones índice.

Comparación entre CIV y CIE.

Análisis de las funciones.

Fortalezas y debilidades.

3.7. Área perceptomotora: Considera alteraciones perceptuales, motoras y conductuales asociadas con la presencia de patología orgánica cerebral. Se orienta a establecer un diagnóstico diferencial entre problemas emocionales y alteraciones generadas por organicidad; detectadas mediante la observación directa, reportadas en la entrevista, o bien evaluadas a partir de las ejecuciones visotomotoras propuestas por instrumentos diseñados expreso que pueden además ser calificados mediante diversos sistemas de puntuación.

Indicadores en la entrevista:

Historia familiar del sujeto.

Antecedentes neurológicos o psiquiátricos familiares.

Historia del nacimiento y del desarrollo.

Factores de riesgo.

Retraso en el desarrollo.

Características del padecimiento actual.

Desarrollo académico.

Relación con trastornos neurológicos (dificultades en la memoria, confusiones temporoespaciales, problemas de aprendizaje, de atención y concentración, afecciones del lenguaje, conducta inusual o bizarra, labilidad emocional, dificultades en el control de impulsos, etc.).

Para evaluar el área perceptomotora se emplean diversas pruebas: Test de retención visual de Benton, Test de Integración Visomotora (IVM), Figura compleja de Rey-Osterrieth y el Test Gestáltico Visomotor de Bender, instrumento sobre el que más se ha investigado y que ofrece diversas modalidades de calificación e interpretación.

Sistema de Puntuación de Koppitz que permite mediante los indicadores evolutivos y emocionales la obtención del nivel de maduración neuromotriz y la detección de algunos rasgos de personalidad en los niños.

Sistemas de puntuación de Hutt y Laks, detectan signos de organicidad y determinan algunos rasgos de personalidad en los adolescentes y adultos.

3.8. Área afectiva: Evaluación de las respuestas afectivas del sujeto, resultado de la interacción de factores innatos y aprendidos que configuran la estructura caracterológica, así como la valoración de la presión del ambiente sobre dichas características. Incluye la integración de las observaciones directas en la entrevista y la interpretación clínica de los resultados de las pruebas en el contexto familiar, escolar, laboral y social según lo amerite el caso.

La evaluación e integración de los datos de esta área constituye un reto de mayor dificultad para el psicólogo, pues comúnmente las técnicas empleadas para explorar todos estos elementos promueven la subjetividad de la persona evaluada, y requieren por parte del profesional, de una actitud objetiva, registros precisos y revisión sistemática de las respuestas, para identificar el patrón global de funcionamiento y adaptación del sujeto.

Indicadores en la entrevista:

Tono afectivo – estado anímico predominante durante la evaluación.

Demanda y expresión del afecto – demanda de atención, fluctuaciones del estado de ánimo, manifestaciones, intensidad, estabilidad, motivación, etc.

Control de impulsos – tipo de control, límites, autoconciencia, reacciones y expresiones asociadas.

Relaciones interpersonales – pautas de interacción con el psicólogo, actitudes sociales, campo de relaciones, forma característica de vinculación con personajes significativos.

Autoconcepto – percepción, valoración y referencias del sí mismo, en relación con la percepción de otros.

Insight – capacidad de reflexión y juicio, relaciones causa efecto, nivel de participación, actitud de compromiso y responsabilidad con el cambio, expectativas de atención.

Mecanismos defensivos – tipo, empleo efectividad y variedad.

Las técnicas más frecuentes para indagar esta esfera son:

Técnicas informales: observación, entrevista y autobiografía.

Técnicas semiestructuradas: Frases incompletas, Fábulas de Düss.

Técnicas grafoproyectivas: DFH-Koppitz, Machover, H.T.P., Familia.

Técnicas aperceptivas: CAT, TAT.

Pruebas psicométricas: MMPI-2, MMPI-A, 16 PF Catell, Escalas de depresión, ansiedad, autoconcepto, etc.

3.9. Áreas libres de conflicto: Detección de los recursos y fortalezas propias del sujeto como base para el diseño de la intervención terapéutica.

Impresión diagnóstica: Identificación sustancial de los diversos elementos que integran la organización de la personalidad de la evaluada, presentados como:

Síntesis sobre las áreas evaluadas.

Organización psicodinámica de la personalidad.

Diagnóstico nosológico con base en las clasificaciones vigentes.

Pronóstico: Supone una predicción de la evolución del síntoma o queja, basada en el tipo de alteración, la gravedad, recursos personales y sociales.

Sugerencias de intervención: Incluye las recomendaciones pertinentes al caso que deberán ser realistas y estar estrechamente relacionadas con la conflictiva detectada y la jerarquía de síntomas.

Firma: Básicamente indica el aval del profesional a cargo de la evaluación y con ello las responsabilidades éticas inherentes.

3.10. Devolución de los Resultados.

Informe y devolución han sido considerados desde siempre como el momento de cierre del proceso de la evaluación psicológica. La correcta devolución de resultados exige que el psicólogo a cargo de la evaluación haya logrado el adecuado conocimiento y cabal comprensión del caso, para que pueda explicarlo con eficacia y resolver las dudas que la persona evaluada, familiares o interesados puedan plantear ya sea sobre los mismos resultados o sobre las acciones a seguir.

La revisión y reflexión con el consultante sobre las calificaciones, ubicaciones sus respuestas y ejecuciones características reflejadas en las técnicas empleadas suelen ser el material más adecuado para mostrarle al paciente aspectos de sí mismo observables en su propia producción y así a partir de ello iniciar un verdadero diálogo sobre sus logros, dificultades y probable origen de las mismas, así como de la situación actual y de sus posibilidades futuras.

Siquier y García (Cit. en Verthelyi, R. F., 1989) definen la devolución de información como “la comunicación verbal discriminada y dosificada que el psicólogo hace al paciente, a sus padres, y al grupo familiar, sobre los resultados obtenidos en el psicodiagnóstico”. Según estas autoras, la devolución tiene una serie de objetivos específicos tanto para el psicólogo como para el consultante, diferenciándolos entre adultos, adolescentes, niños y el profesional mismo. Desde el punto de vista del paciente o consultante adulto, la devolución resulta importante, puesto que podrá:

Lograr un mayor nivel de compromiso y mejor disposición para colaborar de manera más activa a lo largo del proceso de intervención y futuras evaluaciones.

- Evitar las posibles fantasías de envidia, empobrecimiento, curiosidad y robo provenientes del psicólogo.
- Favorecer la comprobación (prueba de realidad) de que el psicólogo ha salido indemne de la depositación de los aspectos destructivos del paciente, al analizarlos junto con los elementos buenos y reparadores, lo que permite al consultante reconocerlos como coexistentes y propios.
- Disminuir las fantasías que pueda tener sobre su enfermedad como grave e incurable, a través de una comunicación abierta en que las dificultades y los síntomas dejan de ser innombrables o misteriosos, lo que brinda una oportunidad para percibirlos con un criterio de realidad.
- Restituir al paciente la identidad latente, integrando los aspectos desvalorizados y temidos con otros enriquecedores y potencialmente adaptativos.
- Dar una terminación clara al proceso de psicodiagnóstico, que facilite el desprendimiento en un contexto de diálogo.

En el caso del psicodiagnóstico con niños y adolescentes, la devolución clara de los resultados de la evaluación podrá:

Favorecer la discriminación de identidades dentro del grupo familiar por medio de la devolución por separado a los padres y al paciente.

Disminuir las fantasías de enfermedad y de culpa, al reintegrar una imagen corregida, actualizada, ampliada del hijo.

En los casos de niños y adolescentes que no han venido por propia iniciativa, les da una oportunidad para que logren cierto insight respecto de su situación actual, al funcionar el psicólogo como un segundo detector del conflicto y como el encargado de lograr que los padres perciban y encaren el problema en su justa dimensión coadyuvando así a la solución.

Desde el punto de vista del psicólogo, la devolución de resultados del caso que ha evaluado, le permite:

- Preservar su salud mental evitando que la tarea diagnóstica se transforme en insalubre por los depósitos masivos del paciente.
- Aumentar el caudal informativo al observar la respuesta verbal y para-verbal del paciente durante la devolución, enriqueciendo así el diagnóstico y pronóstico previos y la posibilidad de planificar la terapia.
- Establecer una prueba de realidad de su tarea anterior y facilitar su propia separación del consultante.

3.1.1. Reglas protocolarias de la devolución de resultados.

Respecto a la pregunta obligada en estas circunstancias ¿A quién o a quiénes se dirige la información?, existen también ciertas reglas protocolarias:

La información generalmente se dirige en primera instancia a quien ha sido objeto de la evaluación, ya que el concepto mismo de devolución se fundamenta en la idea de la proyección y posterior reintroyección, “discriminada y dosificada” de los aspectos que de sí mismo ha aportado el sujeto al proceso de psicodiagnóstico.

Al igual que en la consulta médica, la devolución al paciente implica que se lo considera con capacidad y derecho de conocer aspectos de sí, de sus dificultades y/o capacidades, de lo que pudo enfermarlo y aquello que puede intentar para recuperar o lograr la salud. Sin embargo, no siempre, ni en todos los ámbitos, se ha tomado en cuenta el esclarecer directamente al paciente respecto de cuál o cuáles son los resultados del estudio diagnóstico y el porqué de las recomendaciones sugeridas.

En el caso particular de la evaluación infantil, dadas las fantasías inconscientes que pueden existir en cuanto a la enfermedad y la curación, es importante hacer un cierre expresamente con el niño separado de sus padres, ya que tiene derecho de saber, a ser escuchado y a ser respondido en sus inquietudes.

Cuando se planifica una devolución por separado a los padres y al niño, es conveniente primero realizarla con los padres, ya que son éstos quienes deberán decidir si aceptan o no nuestras indicaciones, y es con ellos con quienes haremos el contrato terapéutico, la indicación de una derivación, el compromiso de un seguimiento etc. Necesitaremos de esta información previa para poder planificar adecuadamente la devolución del niño, y dosificar su contenido según el posterior destino de la estrategia propuesta.

En el caso de los jóvenes, necesario considerar que tan adecuado es hacer o no la devolución por separado, puesto que algunos adolescentes llegan a cuestionar que se vea a los padres por separado como producto de la desconfianza que puede existir, ante el tipo de información que sobre él trasmite el psicólogo a los padres. No obstante, para algunos otros jóvenes pueda resultar cómoda la función de portavoz puesta en el psicólogo.

En algunas evaluaciones con adultos, por las características del caso (edad avanzada, nivel de deterioro, falta de autonomía o recursos, peligrosidad del síntoma etc.) requieren que la devolución y sobre todo las recomendaciones y estrategia terapéutica se expliciten no sólo al paciente sino a otros miembros del grupo familiar.

Por consiguiente, es necesario planificar cuidadosamente la sesión de cierre con la devolución de resultados. Para cada caso, así como la evaluación tuvo características y un desarrollo particular y único; la devolución también va a ser única y diferente; por lo que al diseñarla es capital considerar, cómo es la persona, cómo fue la interacción con ella durante el proceso, el material que se va a presentar y la forma en que se le van a mencionar nuestras hipótesis e indicaciones al consultante o a su familia.

- Algunas sugerencias que se pueden considerar para planear la devolución pueden ser:
- El número de entrevistas a realizar.
- El tipo o cantidad de información a brindar.
- La secuencia de presentación de la información.
- Las características del lenguaje empleado.
- La utilización de las pruebas.
- La inclusión de señalamientos y /o interpretaciones.
- La presentación del pronóstico e indicaciones.

3.12. Propuesta de Sattler para diseñar entrevista de devolución:

Sattler (2003), propone considerar al menos cinco factores acerca de las características del niño y de los padres, para diseñar la entrevista de devolución con ellos:

Aspectos cognitivos – capacidad y nivel de comprensión de la información que les pueda ofrecer y la manera idónea para transmitirla.

Factor interactivo – atiende al patrón interaccional del grupo y a la forma de relación con el profesionalista, quien deberá alentar la participación de todos ellos.

Elementos afectivos – se refiere a las emociones que pudieran emerger en los miembros del grupo durante la devolución.

Aspectos ético religiosos – contempla las ideologías ético religiosas predominantes de la familia y las reacciones derivadas de éstas, ante los problemas del niño, la responsabilidad, participación y aceptación de las recomendaciones.

Prácticas etnoculturales – considera los antecedentes étnicos y las prácticas culturales y la manera en que puedan afectar la exposición del problema y la disposición para la intervención.

Este mismo autor, Sattler (2003) reconoce cuatro fases de la entrevista de posevaluación con el niño y sus padres, y sugiere una serie de factores esenciales a tomar en cuenta para una de ellas:

1.- Establecimiento del Rapport.

Hacer acuerdos para la(s) reunión(es).

Conceder tiempo suficiente.

Tratar de que asistan ambos padres.

Preguntar si desean que asista algún otro familiar.

Iniciar con los saludos y presentaciones correspondientes.

Revisar principal preocupación, expectativas sobre los resultados y posibles soluciones.

Citar primero aspectos positivos del niño.

Mostrar agradecimiento y respeto a todos y cada uno.

2.- Comunicación de resultados

Resumir resultados e implicaciones de ellos en forma clara.

Enfocar la entrevista en el niño.

Ante resultados graves considerar las diversas reacciones emocionales de los padres.

Esclarecer causas del problema.

Usar de manera realista hallazgos diagnósticos para evitar creencias falsas o erróneas.

Confirmar la comprensión de los padres y del niño acerca de los resultados.

Hacer consciente la propia actitud hacia los padres y el niño.

Considerar potenciales obstáculos en la discusión de resultados.

3.- Discusión de las recomendaciones

Permitir que los padres formulen un plan de acción.

Presentar las recomendaciones y analizar alternativas de acción.

Analizar posibles estrategias, longitud y costas aproximados de las recomendaciones.

Alentar a los padres a asumir la responsabilidad de la interacción.

Dar oportunidad a los padres para resuelvan toda duda sobre las recomendaciones.

Tomar precauciones sobre el pronóstico que del problema que se le ofrece a los padres.

Informar a los padres sobre sus derechos legales.

Recomendar libros, panfletos, materiales y organizaciones que ayuden a los padres a participar en la intervención.

4.- Cierre de la entrevista de posevaluación

Valorar comprensión y emociones de los padres acerca de los resultados.

Alentar cualquier pregunta adicional.

Informar sobre su disponibilidad para reuniones posteriores.

Indicar a los padres que comprende sus dificultades, en especial para aceptar los resultados.

Identificar la reacción inmediata de los padres al salir del espacio actual.

Cerrar la entrevista ofreciendo sus datos de ubicación, teléfonos y horarios para cualquier eventualidad

3.13. Proceso de Verthelyi para entrevista de posevaluación.

Para Verthelyi (1989) es necesario tomar en cuenta diversos aspectos de la entrevista de posevaluación:

Número de entrevistas

- Respecto al número de entrevistas a realizar, es importante partir del tiempo que se dispone para hacer la devolución de los resultados, y sobre esta base jerarquizar cuáles serán los ejes de la intervención.

Tipo o cantidad de información

- Generalmente el consultante trae a la entrevista de devolución una serie de expectativas y temores, que será necesario contemplar previamente al programar la devolución de los resultados. Cuando el psicólogo que realizó la evaluación será el mismo que lleve el abordaje terapéutico, puede dejar parte de la información para ir la revisando durante el tratamiento. Cuando se va a derivar el caso, se puede acordar con el futuro terapeuta, que información se le devolverá al consultante.

Pero cuando de antemano se sabe que no habrá un seguimiento y no se cumplirán las recomendaciones, es muy importante que la devolución brinde un cierre que funcione como un modelo de comprensión y esclarecimiento.

El sujeto puede así incorporar cierta imagen rectificadora que a pesar de darse en un lapso breve resultará terapéutica. Por otra parte, el tipo y la cantidad de información a devolver, va a depender del caso, por lo que se debe tomar en cuenta el motivo de consulta y las características personales del examinado. Para que la información aportada no resulte excesiva o escasa. Siquier de O. García, A. (1976) recomiendan empezar por discriminar los aspectos más sanos y adaptativos de los menos adaptativos y enfermos,

para luego poder discriminar en aquello que es visualizado como lo más enfermo que se puede o no decir al paciente y/o su familia, tras evaluar sus posibilidades y/o que posean para asimilar y tolerar esa información.

Ferrer y Fernández (Cit. en Verthelyi, R. F., 1989) sugieren que con el fin de no inundar al entrevistado con un exceso de material que puede resultar perjudicial, conviene centrarse en el punto de urgencia o motivo de consulta. En esa planificación incluye el uso de material proveniente de algún test para anclar lo que el paciente manifiesta como lo más angustiante, y las manifestaciones inconscientes de esa angustia que se han podido detectar.

Secuencia de la información

- la entrevista para la entrega de resultados por lo general provoca ansiedad de parte del entrevistado que puede manifestarse de diferentes maneras como pueden ser el manifestar una actitud de temor y expectativa manifiesta o defensivamente al mostrar una conducta de desinterés o desvalorización.

Siquier de O. García, A. (1976) identifican como indicadores positivos de tolerancia a la información que se va brindando, la aparición de nuevas asociaciones y puntos de vista diferentes, así como la expresión de afectos anteriormente soslayados o negados. En cambio se considera de mal pronóstico una aceptación intelectualizada o excesivamente sumisa y pasiva de la devolución.

Lenguaje utilizado - el lenguaje que utilice el entrevistador debe ser claro, comprensible, sin terminología técnica para facilitar una adecuada comprensión. Cuanto más utilicemos para la devolución de la problemática, los mismos términos en que fue presentada por el sujeto, más éste puede reconocerse y sentirse reconocido. Las metáforas facilitan muchas veces la transmisión de un concepto, siempre que puedan ser compartidas o surjan con claridad del material de quien consulta.

Utilización de las pruebas - Incluir o no el uso de los test en la devolución y elegir cuál o cuáles pueden resultar más adecuados o accesibles para mostrar al entrevistado, es una decisión compleja y difícil. Si la función del test en la devolución es permitir una mejor comunicación con el sujeto a partir de su producción, el material elegido deberá ser fácilmente entendible para el examinado. Solo así podrá promover asociaciones y facilitar reflexiones que favorezcan el autoconocimiento brindando al mismo tiempo la oportunidad para afinar, confirmar o rectificar las presunciones diagnósticas del entrevistador. Verthelyi (1989) sugiere que el material que se presente esté lo más cercano a la inferencia, cuyo contenido sea menos simbólico y donde la interpretación pueda ser fácilmente ligada con la preocupación más manifiesta del sujeto.

Papel de los señalamientos e interpretaciones

– la mayoría de los autores coinciden en que es más adecuado incluir señalamientos que hacer interpretaciones en la entrevista de devolución.

Pronóstico e indicaciones

- al igual que en la organización de un informe, plantear las recomendaciones aparece como resultado natural del desarrollo de la entrevista de devolución, ya que surge de la información brindada respecto de qué es lo que pensamos que le ocurre al consultante, las hipótesis que nos formulamos sobre el por qué y para qué y las predicciones que podemos hacer con relación al futuro de esta situación, si se mantiene o empeora. Esto es así, aun en los casos en que podemos llegar a visualizar más de una posible forma de abordaje y discutimos luego con el entrevistado cuál le parece más factible para él.

Sin embargo, aunque las recomendaciones se asientan en toda la información anterior y deben ser coherentes con lo expuesto, el montante de la ansiedad que generalmente movilizan, requiere un espacio temporal importante para su elaboración conjunta. Si la devolución se da en una sola entrevista resulta incorrecto dejar las indicaciones para los últimos minutos sin ofrecer un contexto que permita la indagación y discusión detallada de qué es lo que el psicólogo propone, que tipo de cambios pueden esperarse, cuánto tiempo pueden durar etc.

Cuando se trabaja con niños las indicaciones terapéuticas pueden resultar más difíciles porque toda conclusión en cuanto a la comprensión del paciente, las expectativas y las motivaciones de los padres y el pronóstico clínico sobre el niño son tentativos y parciales.

Se debe tener cuidado en las entrevistas de devolución a padres, no actuar en contra de ellos, identificándonos con el hijo, ni funcionar como juez, aliándonos con uno y otro miembro de la pareja parental, según quien concuerde más con los resultados que se le presentan en la devolución. Esto es fundamental cuando se pretende lograr que ambos padres acepten una mayor responsabilidad por las dificultades del hijo, centrándose en buscar soluciones.

3.14. 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
- 2) comunicación al cliente/sujeto, que será oral y/o escrita.

Integración de resultados.

Existe una delimitación muy poco clara entre efectuar un análisis de los resultados a la luz de las hipótesis y su integración en una descripción global del sujeto. Evidentemente la

contrastación hipótesis a hipótesis nos puede ofrecer disonancias e, incluso, incongruencias que habrán de ser aclaradas.

Como se pone de relieve en las guías para el proceso de evaluación (Fernández Ballesteros, De Bruyn, Godoy, Hornke, Ter Laak, Vizcarro, Westhoff, Westmeyer y Zaccagnini, 2001; véase capítulo 4), en este punto el evaluador debe integrar los datos obtenidos de tal forma que:

- El conjunto permita responder a la demanda y los objetivos de la evaluación.
- Tendrá en cuenta cualquier potencial incongruencia de los resultados.
- Formulará las recomendaciones pertinentes. Dependerá de cada caso particular (de la demanda y los objetivos planteados) el que, en función de los resultados obtenidos, lleguemos a una mera descripción o clasificación del sujeto y/o realicemos predicciones sobre la conducta a unos determinados niveles de probabilidad.

Dependerá también de cada caso el que tengamos que orientar, seleccionar o proponer una determinada intervención en virtud de las hipótesis sobre los agentes supuestamente responsables de la conducta y del objetivo de modificarla.

Finalmente, conviene señalar también que cuando durante la evaluación se detectan condiciones importantes (del sujeto, del contexto, biológicas, etc.) que trascienden la demanda e, incluso, los objetivos de la evaluación, éstas deben ser integradas también en los resultados y, en el caso de que se considere no pertinente su información escrita (al cliente), el sujeto, no obstante, debe ser informado sobre ellas.

Comunicación de resultados: el informe oral y/o escrito

El proceso (en sus dos versiones descriptiva-predictiva e interventiva-valorativa) en evaluación psicológica termina con la comunicación oral y/o escrita de sus resultados, en la que se dará, además, respuesta a la demanda del cliente/ sujeto y a los objetivos de la evaluación: diagnóstico, descripción, orientación, selección o tratamiento (o recomendación de tratamientos) y, en el caso del proceso valorativo-interventivo, se expondrá también la valoración de los tratamientos aplicados. Existe diversidad de opiniones sobre si primero debe darse una información oral al sujeto y/o cliente y, posteriormente, plasmarla en un informe escrito o, por el contrario, si el informe escrito debe preceder al oral con el fin de que sea discutido con el sujeto y/o cliente.

La opinión aquí mantenida es la de que el evaluador debe redactar un borrador de informe que comentará con el sujeto y/o cliente y, tras la sesión de comunicación oral (por algunos autores llamada «sesión de devolución»), redactará el informe definitivo.

3.15. 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. En resumen, antes de planificar el tratamiento debe postularse una teoría sobre el caso que conlleva una/s hipótesis funcional/es que ya ha/n debido ser operacionalizadas, especificadas y medidas, así como contrastada/s, a unos niveles de probabilidad determinados en la evaluación.

Inicial (descriptiva-predictiva). Con todo ello, es posible pasar a diseñar el tratamiento que va a ser aplicado. Todo ello se ejecuta a través de tres tareas esenciales (véase figura 2.1b):

1. Teoría sobre el caso: selección de las variables dependientes e independientes y decisión sobre las medidas y criterios de cambio.
2. Selección de las técnicas de intervención y de las variables potencialmente contaminadoras.
3. Selección del diseño de valoración.

Unidad IV. Papel del psicólogo en la evaluación psicológica clínica

4.1. Formación profesional del Psicólogo y su relevancia en la evaluación psicológica.

Debido a que la evaluación psicológica clínica y el diagnóstico psicológico, tienen consecuencias trascendentales para la vida de las personas, y que esta responsabilidad recae en el profesional es imprescindible que el profesionalista dedicado a esta labor cumpla con una serie de criterios básicos:

Tener un conocimiento profundo y manejo adecuado de las técnicas empleadas en la evaluación psicológica, ya que el carecer de esta información básica traerá como consecuencia que muchos de los datos sean distorsionados en la interpretación.

Por otra parte, la falta de experiencia en el manejo de alguna técnica, proporciona datos poco confiables, que difícilmente podrían servir de base para el conocimiento de la persona. n Contar con los conocimientos del marco teórico en que se basan las técnicas empleadas, dado que es el conocimiento de estas bases teóricas el que permitirá ubicar los datos dentro de un enfoque específico, permitiendo su organización e integración en un nivel confiable y válido.

Mantener un comportamiento ético hacia la persona evaluada.

Las técnicas psicológicas pueden proporcionar información profunda y compleja acerca de la persona evaluada y el manejo de esta información desde su obtención hasta su reporte, debe quedar enmarcado dentro del más exigente sentido ético, presente en los principios éticos previamente citados.

Ser objetivo al realizar la evaluación. Aquí se da un gran énfasis a la participación objetiva del examinador durante la aplicación de las técnicas y al organizar e integrar los datos.

Al igual que el paciente evaluado, el psicólogo es una persona en la que obviamente existe una estructura dinámica de sus características psicológicas, lo que muy frecuentemente provoca que, tanto el registro de los datos, como la observación que se hace del sujeto y la interpretación que se asigna a alguna de sus respuestas, se vean contaminados por ciertos aspectos del enfoque y valoración subjetiva del examinador, por tanto se sugiere que exista una supervisión profesional durante el proceso psicodiagnóstico.

La experiencia personal y profesional del psicólogo que incide evidentemente, en el juicio clínico, reflejado en una mayor habilidad interpretativa y una mejor integración del material, así como en la adecuada discriminación de los aspectos latentes y la conducta manifiesta del entrevistador.

La apertura que tenga el clínico a su propia y discriminada experiencia interna, su capacidad empática, al manejo de la transferencia y a su sensibilidad para captar indicios, son factores relevantes para hacer juicios acertados.

Además de estas características se agregan las diferencias de estilo cognitivo y las estrategias o modos estables de procesar la información. Su eficacia en la toma de decisiones constituye el sello distintivo de la evaluación clínica y psicodiagnóstica.

Redactar un informe y comunicar los resultados obtenidos implica disponer de capacidades y habilidades suficientes no solo para analizar, sintetizar e integrar los datos relevantes recabados en la información previamente obtenida, sino poner en juego las habilidades de comunicación necesarias para que el proceso de información se cumpla; es decir, que se dé un intercambio significativo de información entre informante e informado, entre evaluador y evaluado. Intercambio de comunicación que será puesto a beneficio del consultante al ofrecerle alternativas de solución a la demanda inicial.

4.2 Las habilidades en función del paciente.

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

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

El evaluador tiene que mostrarse abierto y natural y evitar el lenguaje excesivamente técnico. Ha de animar al paciente a intervenir siempre que quiera, especialmente si se siente mal entendido o confundido. El ambiente debe ser relajado y posibilitar la participación del paciente en cada paso de la EPC, muy particularmente en la formulación, que tiene que presentarse al cliente de forma clara, precisa y comprensible para lograr su entendimiento y aceptación. Resulta imprescindible que el paciente se sienta completamente comprendido y apoyado en la superación de sus problemas. Sin embargo, la vía para establecer esa comprensión y motivación hacia el cambio puede que sea distinta para cada persona en función de sus problemas, comportamientos y necesidades. Frente a una visión rogeriana de la aceptación completa y no específica del paciente, resulta más útil emplear una visión mucho más personalizada de este tema. Parece existir una evidencia acumulada suficiente para afirmar que una relación terapeuta-cliente adecuada puede mejorar significativamente la eficacia de nuestras intervenciones. De hecho, se ha llegado a plantear la consideración de las relaciones no sólo como un vehículo de las técnicas, sino como un agente de eficacia en sí mismo a través de procesos de modelado y reforzamiento social, ajuste de expectativas, etc.

Han comenzado a aparecer incluso estudios que remarcan la efectividad de unas habilidades frente a otras en función de los principales problemas clínicos. Por ejemplo: con pacientes con trastornos límite de personalidad parece más útil usar habilidades de aceptación, establecimiento de límites y validación, mientras que con pacientes con trastornos de ansiedad resulta más indicado focalizar, desafiar y en general activar al paciente en la lucha por la superación del problema; con mujeres que sufren anorexia parece apropiado mostrarse algo más flexible y con los que sufren trastornos depresivos puede mostrarse más eficaz un enfoque con más iniciativa, apoyo y dirección. Pero debe recordarse que, de cualquier modo, el acercamiento más correcto es aquel en el que las habilidades puestas en marcha por el evaluador están en función directa con las hipótesis que se manejan en cada momento para explicar los problemas y, finalmente, para formular el caso. El tipo de información que se utiliza en la EPC puede ayudar a explicar también algunos de los comportamientos que el paciente muestra o debe mostrar durante la evaluación (cooperación, agresividad, llantos continuados, etc.). De este modo, una completa formulación del caso tiene que explicar el comportamiento del paciente durante las sesiones y respecto a las tareas entre sesiones y, además, aportar suficientes pistas en cuanto al estilo terapéutico que cabe seguir con cada paciente.

4.3. El estilo del terapeuta.

Por estilo del terapeuta se entiende el conjunto de comportamientos interpersonales mostrados por éste cuando está en contacto con el paciente. Estos comportamientos se

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

En el cuadro 1.3 se recogen algunas de las principales habilidades interpersonales que se encuadran en cada una de las dos categorías propuestas y se ha añadido otro grupo de aspectos especialmente relevantes por el peligro que suponen para el correcto cauce del proceso clínico. Las englobadas en la columna 1. se refieren a comportamientos que todos los evaluadores deberían poner en marcha con todos los pacientes

y las de la columna 2 reflejan un elenco de posibilidades entre las que el evaluador puede ir seleccionando y otorgando un valor menor o mayor en función de cada caso clínico particular.

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

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

De esta forma el funcionamiento interpersonal durante la EPC responde a unos criterios centrales, comunes en la mayoría de las ocasiones, y a una adecuación personalizada a cada paciente que facilita en la mayor medida posible la reunión de información y el posterior cambio terapéutico. La columna 3 resume algunos de los comportamientos interpersonales que afectan más negativamente a la relación terapeuta-cliente, interfiriendo gravemente en el proceso de cambio o incluso creando situaciones legalmente y, desde luego, éticamente peligrosas.

4.4. Exploración inicial.

En todos los procesos de EPC siempre existe un primer momento en el que se conoce personalmente al paciente. Con frecuencia se han administrado pruebas anteriormente o se dispone de informes previos referidos a la situación de la persona. Sin embargo, normalmente se considera que es con el primer contacto personal cuando comienza el proceso de EPC, que no terminará hasta varios meses después de finalizado el tratamiento.

Este capítulo está dedicado a esos primeros instantes de contacto personal, que pueden llegar a determinar toda la EPC y que sin duda obligan a tomar las primeras decisiones clínicas. Se comienza revisando los principales objetivos y funciones del primer contacto personal y las posibles pruebas previas al mismo y se continúa abordando en cierto detalle las estrategias y técnicas de exploración inicial, que pueden resultar de la máxima utilidad en esos primeros minutos. Se finaliza con la delimitación del motivo de consulta, verdadero inicio de la primera entrevista.

4.5 Objetivos y funciones del primer contacto

En la mayoría de los casos, de forma previa al primer contacto personal, el psicólogo ya puede conocer algunos detalles del paciente que le permiten formarse una idea respecto a

la persona que va a encontrar. Esta información preliminar puede provenir de varias fuentes, entre las que pueden destacarse en primer lugar los informes previos de otros profesionales (por ejemplo, informes de derivación). Contar con un historial clínico del paciente correctamente realizado puede ser de gran utilidad, no sólo en este momento inicial, sino a lo largo de la evaluación del desarrollo de los problemas. En segundo lugar, resulta interesante la información obtenida a partir de sencillas pruebas biográficas, generalmente cuestionarios, que pueden administrarse de forma rutinaria al paciente en el momento en el que solicita la primera cita. La información que suelen incluir puede ayudarnos a situar a la persona en un contexto cultural y puede guiarnos en la identificación de los grupos de referencia que determinan los valores y normas de la persona.

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

En nuestro caso, en el servicio clínico del Master de Psicología Clínica y de la Salud, preferimos utilizar un pequeño cuestionario que reúne aspectos biográficos e información sobre el motivo de consulta. Se le pide a la persona que cumplimente el cuestionario por sí mismo o con ayuda de algún familiar y sólo en casos extremos se le ofrece nuestra ayuda para completarlo.

En el material para el terapeuta se incluye un ejemplo muy sencillo pero útil de cuestionario de este tipo. A partir de la información recogida, se cita a la persona, a la persona más un acompañante o a un familiar o se ofrece una posibilidad de derivación a otro tipo de servicio especializado.

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

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

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

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

Solamente en los últimos años y desde distintas posiciones se ha comenzado a incluir este tema en los textos especializados al respecto. La investigación en Psicología social ha ido poniendo de manifiesto las variables que representan un papel más relevante en el establecimiento de las relaciones humanas. Se ha comprobado que en las relaciones personales algunos juicios esenciales que determinan toda la relación posterior se realizan en los primeros instantes del contacto y con información muy básica respecto del otro. Buenos ejemplos son el atractivo personal o la adopción de prejuicios y estereotipos. Igualmente, se han identificado algunos efectos halo, como el de Rosenthal, que pueden determinar nuestro juicio respecto del otro sobre la base de escasas informaciones.

se ha evidenciado la conveniencia de establecer unos roles claros en toda relación personal, de modo que se reduzcan al mínimo la incertidumbre y los posibles conflictos de rol. Este hecho resulta especialmente aplicable a las relaciones estructuradas en las que algunos de los miembros acceden sin un conocimiento específico al respecto, como es el caso de la relación terapéutica. En esta misma línea, se conoce que el establecimiento de roles en las relaciones personales puede nacer muy pronto y conviene que sea claro y conciso en relaciones estructuradas como la clínica.

Autores como Ira D. Turkat o el mismo Joseph Wolpe (Wolpe y Turkat, 1985) pertenecen a los muy escasos grupos de trabajo que en sus acercamientos a la EPC han incluido en los últimos años una sección especial para detallar estos primeros instantes de la primera entrevista. Desde su posición, la primera observación del comportamiento del paciente y sus primeras manifestaciones verbales en la consulta deben servirnos como fuente de la primeras hipótesis de acercamiento al caso. Estas hipótesis serán inmediatamente contrastadas durante los primeros momentos de la entrevista, comenzando de este modo el juego básico del proceso de EPC: generar y contrastar hipótesis. En la línea de Meyer y del grupo del University College of London (UCL), el proceso de EPC se afronta como un juego continuo de generación y contraste de hipótesis que lleva, finalmente, a la formulación clínica del caso en una hipótesis globalizadora. En este sentido, dado que toda interacción clínica implica necesariamente esta toma de contacto, lo anteriormente expuesto requiere considerar de un modo más activo estos primeros instantes de la EPC. De hecho, estos procesos aparecen automáticamente, aunque el evaluador no sea consciente de ello, en todos los casos. Dado que no puede evitarse su aparición, resulta del mayor interés para la EPC estructurar y hacer consciente al evaluador de este fenómeno con objeto de obtener el mayor partido posible y disminuir las distorsiones y los efectos halo al mínimo.

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

La investigación en Psicología social ha ido poniendo de manifiesto las variables que representan un papel más relevante en el establecimiento de las relaciones humanas. Se ha comprobado que en las relaciones personales algunos juicios esenciales que determinan toda la relación posterior se realizan en los primeros instantes del contacto y con información muy básica respecto del otro. Buenos ejemplos son el atractivo personal o la adopción de prejuicios y estereotipos. Igualmente, se han identificado algunos efectos halo, como el de Rosenthal, que pueden determinar nuestro juicio respecto del otro sobre la base de escasas informaciones. También se ha evidenciado la conveniencia de establecer unos roles claros en toda relación personal, de modo que se reduzcan al

mínimo la incertidumbre y los posibles conflictos de rol. Este hecho resulta especialmente aplicable a las relaciones estructuradas en las que algunos de los miembros acceden sin un conocimiento específico al respecto, como es el caso de la relación terapéutica. En esta misma línea, se conoce que el establecimiento de roles en las relaciones personales puede nacer muy pronto y conviene que sea claro y conciso en relaciones estructuradas como la clínica. Autores como Ira D. Turkat o el mismo Joseph Wolpe (Wolpe y Turkat, 1985) pertenecen a los muy escasos grupos de trabajo que en sus acercamientos a la EPC han incluido en los últimos años una sección especial para detallar estos primeros instantes de la primera entrevista. Desde su posición, la primera observación del comportamiento del paciente y sus primeras manifestaciones verbales en la consulta deben servirnos como fuente de la primeras hipótesis de acercamiento al caso. Estas hipótesis serán inmediatamente contrastadas durante los primeros momentos de la entrevista, comenzando de este modo el juego básico del proceso de EPC: generar y contrastar hipótesis. En la línea de Meyer y del grupo del University College of London (UCL), el proceso de EPC se afronta como un juego continuo de generación y contraste de hipótesis que lleva, finalmente, a la formulación clínica del caso en una hipótesis globalizadora. En este sentido, dado que toda interacción clínica implica necesariamente esta toma de contacto, lo anteriormente expuesto requiere considerar de un modo más activo estos primeros instantes de la EPC. De hecho, estos procesos aparecen automáticamente, aunque el evaluador no sea consciente de ello, en todos los casos. Dado que no puede evitarse su aparición, resulta del mayor interés para la EPC estructurar y hacer consciente al evaluador de este fenómeno con objeto de obtener el mayor partido posible y disminuir las distorsiones y los efectos halo al mínimo.

La mejor forma de conseguir este objetivo parece radicar en la enumeración de las principales variables a evaluar en ese momento y en delimitar las técnicas que se van a utilizar. Por más que nos pueda pesar a los psicólogos, los mayores esfuerzos de sistematización de esta fase de la EPC no llegan desde la Psicología, sino desde los enfoques estructurales propios de la Psiquiatría. En esta línea de trabajo clínico se han propuesto distintos objetivos, acciones y técnicas que, englobados bajo el epígrafe de Valoración del estado mental, constituyen el mejor intento de acercamiento sistemático aplicable a los primeros momentos del proceso de EPC (Othmer y Othmer, 1995).

A continuación se aborda este primer contacto con el paciente desde una perspectiva psicológica pero usando la Valoración del estado mental como eje organizador de esta fase. La exploración inicial Incluso antes de formular la primera pregunta de la primera entrevista con el paciente ya debemos haber realizado una exploración de las principales funciones psicológicas implicadas: apariencia personal, nivel de conciencia, comportamiento psicomotor, atención, concentración, lenguaje, pensamiento, orientación espaciotemporal, memoria, afecto, estado de humor, energía, percepción, contenido del pensamiento, introspección, juicio, funcionamiento psicosocial, sugestionabilidad, pensamiento abstracto e inteligencia (Othmer y Othmer, 1995). Tenemos que haber formulado nuestras primeras hipótesis y probablemente hayamos reunido ya suficientes pruebas para refutar alguna (Wolpe y Turkat, 1985). Además, hemos de haber tomado las primeras decisiones respecto al paciente (por ejemplo, iniciar la entrevista o pasar a otro tipo de intervención), incluyendo la elección del estilo terapéutico que vamos a emplear

en los primeros momentos de la entrevista. Cuando esta evaluación se hace de modo sistemático, la denominamos exploración inicial. Siguiendo las bases establecidas por los acercamientos a la valoración del estado mental, la exploración inicial utiliza tres métodos, observación, conversación y exploración, generalmente aplicados de modo secuencial, es decir, en primer lugar observamos al paciente, a continuación comenzamos una breve conversación con él y solamente después, si es necesario, llevamos a cabo una exploración más sistemática, que puede llegar al uso de pruebas específicas de evaluación de distintas variables cuando se considere conveniente. Independientemente de que los primeros momentos de la primera entrevista sean los más adecuados para emplear una estrategia de exploración inicial, puede resultar muy conveniente utilizar una exploración breve en cada sesión con el paciente. Este tipo de labor, una vez entrenada, resulta muy sencilla y rápida, llega a convertirse en una acción intuitiva en el evaluador experimentado y puede aportar datos muy sugerentes sobre la evolución del paciente durante el período entre sesiones.

4.6. Conversación.

Se trata de mantener una pequeña conversación informal y sobre temas casuales con el paciente antes de dar comienzo a la entrevista. Este período de acercamiento puede aprovecharse para continuar la observación emprendida anteriormente y, a la vez, para ir introduciendo aspectos relacionados con el examen del estado mental. Mientras se hacen preguntas como ¿qué tal ha encontrado usted nuestra dirección?, ¿ha venido usted sólo o acompañado? o ¿le ha resultado fácil aparcar?, podemos evaluar la orientación espaciotemporal del paciente, su lenguaje, el flujo que parece correr su pensamiento, el nivel de atención que demuestra, la concentración que es capaz de mantener, memoria a corto y largo plazo y estado emocional y control afectivo, entre otros aspectos.

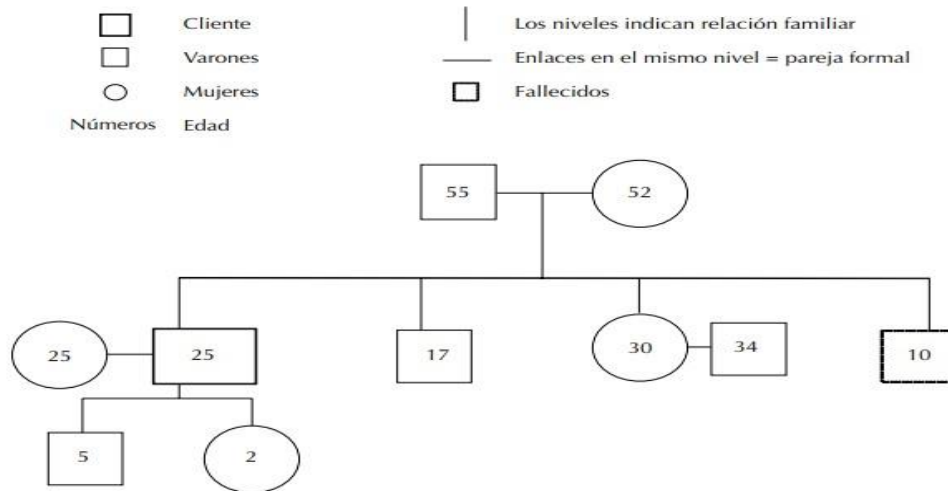
Un tipo de preguntas que ayuda a iniciar este tipo de conversación puede ser el relacionado con la información de la que ya disponemos por su historial previo: fecha en la que solicitó la cita, nombre, dirección, teléfono, etc. En el cuadro 2.3 se resumen los principales procesos que pueden evaluarse con este método conversacional.

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

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

Resulta fácil comprender que enganchar al paciente en una charla de apariencia trivial que parece servir exclusivamente para romper el hielo de la relación puede ir mucho más allá. De hecho, puede valorarse cada uno de los aspectos incluidos en el cuadro 2.3, con la ventaja de que el paciente no se siente evaluado en variables que podrían levantar cierta suspicacia por su parte. Por ejemplo: resulta más sencillo y útil para evaluar la orientación temporal preguntar cuándo pidió la cita que: ¿sabe usted en qué mes estamos?. En esta misma línea, y aprovechando la ocasión para ir avanzando en la recogida de información, éste puede ser un buen momento para recabar información acerca de la estructura familiar y de convivencia del paciente o, confirmarla si ya disponíamos de un avance en un informe preliminar. Así, puede ser un buen momento, para realizar el genograma de la persona, que, además de aportar una información familiar básica, puede ayudar a iniciar la identificación de posibles problemas o apoyos en las relaciones personales próximas. Existen múltiples directrices para efectuar el genograma, nosotros hemos optado por una simplificada que aparece en el cuadro 2.4.

Cuadro 2.4. Instrucciones básicas y ejemplo de genograma.



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

4.7. Exploración.

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

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

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

El cuadro presentado no pretende ni mucho menos ser exhaustivo, sino una muestra sencilla del tipo de situaciones y de las decisiones que el psicólogo debe tomar en este momento. Si bien las dos primeras alternativas no son frecuentes en una consulta, ambas pueden llegar a presentarse.

En el primer caso, nuestra atención ha de dirigirse sin duda hacia el alivio de los síntomas del paciente y, si fuera necesario, a la solicitud de ayuda médica o traslado del paciente a una Unidad de Urgencias. Algunos ejemplos son todas las crisis paroxísticas, desde ataques de pánico hasta desmayos, epilepsias, etc.

En el segundo caso, si el paciente llegó acompañado (suele ser lo normal en estas ocasiones), la entrevista puede realizarse con el acompañante y tener un sentido orientador más que evaluador.

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

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

Sin ninguna duda la cuarta situación es la más difícil para la toma de decisiones del clínico. Se han identificado signos problemáticos que podrían desaconsejar o condicionar la realización de la entrevista, pero no se ha encontrado la evidencia suficiente para tomar la decisión en uno u otro sentido.

En todas estas ocasiones lo más adecuado será llevar a cabo una exploración más específica, aunque sencilla, que pueda ayudarnos a decidir el curso de nuestra intervención posterior. Éste es el tipo de situaciones en el que la exploración y el uso de tests concretos puede resultar de máxima utilidad.

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

Pueden identificarse aceleraciones o enlentecimiento del pensamiento, ambos casos; llevados a los extremos, pueden entorpecer enormemente la entrevista de evaluación y merecer una atención especial. En cuanto a los contenidos del pensamiento, que en todo caso serán objeto de una entrevista de evaluación posterior, se trata de identificar en estos primeros instantes los aspectos especialmente problemáticos o indicadores de problemas. Pueden destacarse las tendencias suicidas y homicidas, las ideas delirantes (depresivas, de grandeza, etc.) o sobrevaloradas, las obsesiones, las ideas irracionales, etc. Este tipo de ideas deben buscarse durante toda entrevista de evaluación, pero identificarlas inicialmente puede ayudarnos a avanzar de forma más rápida en el proceso de EPC. — La capacidad de introspección que demuestra la persona, y muy especialmente la conciencia de enfermedad que tenga en el momento de la entrevista, influyen de manera importante en la actividad evaluadora e incluso en el tratamiento recomendado. Los diferentes trastornos cursan con diferencias importantes en el nivel de introspección de la persona y resulta fácil entender que la capacidad que mantenga el paciente determina el tipo de preguntas y de información que nos puede proporcionar.

Los pacientes con niveles bajos de introspección responden mejor a preguntas del tipo: ¿en los últimos meses otras personas le han llegado a decir a usted que bebe demasiado?, en lugar de: ¿cuánto está usted bebiendo en los últimos meses? Un caso especial es el nivel de conciencia acerca del propio trastorno o enfermedad.

En algunos tipos de problemas este nivel es muy bajo y un objetivo de la intervención consiste en aumentarlo, para lo cual es necesario disponer de medidas adecuadas y muy iniciales del mismo. Generalmente algunas preguntas sencillas pueden aportar mucha información relevante al respecto: ¿qué piensa usted sobre...?, ¿considera usted que es normal en su caso...? o ¿piensa usted que alguien puede ayudarle con ese problema? — La

valoración de la capacidad de juicio transitoria o crónica que presenta el paciente al acudir a la consulta puede merecer especial atención. Se trata de identificar hasta qué punto los juicios, opiniones y comportamientos emitidos por la persona resultan adecuados a los propios objetivos individuales y a los determinantes sociales. Son indicativas preguntas acerca del funcionamiento de la naturaleza y de las leyes físicas (¿por qué se hace de noche?), o sociales básicas (¿para que sirve la policía?) o, para las personas con capacidad de juicio algo más compleja, sobre las expectativas individuales (¿qué espera usted del futuro?). — La identificación de posibles dificultades asociadas a trastornos de la inteligencia o cognitivos, que pueden requerir la utilización de pruebas breves pero específicas (tests) de funcionamiento cognitivo. Un buen ejemplo de este tipo de pruebas es el Miniexamen del estado mental (Mini-mental State Examination). Pueden encontrarse en el manual mencionado de Othmer y Othmer (1995) otras pruebas sencillas para su uso durante la exploración inicial.

4.8. Miniexamen del estado mental.

(Mini-mental) El mejor ejemplo de prueba estandarizada para evaluar de forma sencilla y rápida la capacidad cognitiva y el estado mental en términos generales es sin duda el Miniexamen del estado mental o Minimental, desarrollado por el equipo de Folstein a mediados de la década de los 70 del pasado siglo XX (Folstein, Foldstein y McHugh, 1975). El Minimental se diseñó como prueba de detección ante posibles problemas intelectuales y cognitivos, especialmente los relacionados con los síndromes orgánocerebrales, pero presentes también en otros trastornos (Foldstein et al., 1975). Existe una traducción y adaptación de la prueba a poblaciones españolas llevada a cabo por A. Lobo y J. Ezquerra en 1979 y actualizada en 2002 (Lobo, Saz, Marcos et al., 2002). Es un test que reúne 30 preguntas sencillas que sirven para explorar los principales procesos básicos: orientación espaciotemporal, memoria, lenguaje, comprensión, seguimiento de instrucciones y funcionamiento cognitivo general. Su aplicación no lleva más de 5 min y sus índices de fiabilidad son elevados (fiabilidad test-retest = 0,89; concordancia entre distintos evaluadores = 0,83). Igualmente, las pruebas sobre su validez han mostrado valores importantes y han llegado a identificar los valores medios para distintas poblaciones clínicas; a continuación se incluyen algunos valores medios en problemas significativos (puntuación máxima = 30 puntos): — Ancianos normales: 27,6. — Depresión no complicada: 25,1. — Depresión con desorientación: 19,0. — Demencia: 9,7. Utilizando un punto de corte de 22/23, se obtienen índices de sensibilidad del 89,8% y de especificidad del 80,8%. El Minimental es la prueba más empleada como detección (screening) de los déficit cognitivos. Se ha usado para identificar demencias, delirios y valoración gruesa del déficit cognitivo. Si se utiliza de forma repetida, tiene una adecuada sensibilidad para identificar cambios en el tiempo. Pero no debe confundirse con una prueba diagnóstica, ya que ofrece solamente una indicación inicial de posibles problemas. En el material para el terapeuta se incluyen todos los ítems del Minimental y sus criterios de corrección de la adaptación española de la prueba en la versión de Lobo et al. de 2002.

Se han desarrollado múltiples versiones y formas de corrección, pero para la mayoría de los autores la versión inicial sigue siendo la más completa y la que ha reunido mayor evidencia. La puntuación tiene un rango de 0-30 puntos los valores por debajo de 23 indican posibles trastornos cognitivos. Algunos autores recomiendan utilizar tres niveles para su interpretación: — 0-17: déficit cognitivo severo. — 18-23: déficit cognitivo moderado o medio. — 24-30: sin déficit cognitivo.

4.9. Motivo de consulta.

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

Esta primera pregunta debe indagar necesariamente sobre el motivo de consulta. Algunos ejemplos pueden ser: — Bueno, usted me dirá... — ¿Cuál es su problema? — ¿Por qué motivo acude usted a la consulta? O cualquier otra variación sobre el tema. Cuando acuden a la consulta, todas las personas han dedicado algún tiempo previo a pensar lo que van a decir al psicólogo, es decir, prácticamente todos los pacientes tienen un pequeño discurso preparado respecto a sus problemas y a lo que quieren contar en primera instancia al respecto. Generalmente esta argumentación puede extenderse durante algunos minutos (es relativamente complejo preparar una intervención de este tipo de más de 1 o 2 min) y refleja el problema principal del paciente tal y como él mismo lo ve. Es mejor formular preguntas abiertas y muy generales al principio y, posteriormente, después de la primera respuesta dejar un silencio o realizar verbalizaciones mínimas (aja, uhu, umm, etc.) o preguntar: — ¿Le preocupa algo más? — ¿Quiere decir algo más al respecto?

Las respuestas a esta segunda pregunta suelen aportar información interesante, comienza a haber algo más de espontaneidad y aparecen algunos de los aspectos que el paciente no quiso incluir en su primera intervención (más preparada).

Una tercera serie de preguntas puede completar la visión inicial con cuestiones acerca de ¿por qué viene?, ¿quién le recomendó venir?, etc., que ayudan a esclarecer algo más el proceso de toma de decisión respecto a acudir al psicólogo para consultar el problema.

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

En cuanto al tipo de información que vamos a ir requiriendo y modelando (lo más descriptiva posible), no hay que ser impaciente y, sobre todo en las primeras intervenciones del paciente hay que interferir lo menos posible en el lenguaje con el que

se expresa, puesto que el tipo de lenguaje empleado para explicar su problema aporta información sobre distintas variables personales de interés (nivel cultural, educación, etc.) y sobre el problema en sí mismo (ideas irracionales, conceptualización, narración del propio problema, etc.), que es muy importante conocer para llevar a cabo un acercamiento adecuado al caso y al paciente.

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

4.10. Material de uso del psicólogo en la EPC.

Como apoyo al proceso de EPC se incluyen los siguientes materiales que pueden resultar prácticos en el trabajo cotidiano del evaluador:

- Cuestionario de admisión.
- Guía de entrevista clínica general (Muñoz, 2001).
- Cuestionario breve de salud del paciente (PHQ) (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999).
- PHQ, cuestiones para abordar en la entrevista posterior (segunda fase).
- Examen Mini-mental (Folstein et al, 1975, versión de Lobo et al., 2002).
- Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2003).
- Normas para el uso de autorregistros.
- Escala de acontecimientos diarios molestos (Kanner et al., 1981).
- Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo (Kanner et al., 1981).
- Entrevista de devolución de información (a partir de Turkat, 1986).
- Normas para la redacción de informes.
- Esquema de informe clínico.
- Escala de evaluación del funcionamiento global (EEFG) (DSM-IV-TR, APA, 2000).
- Escala breve de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-S) (OMS, 1997). — Calidad de vida (QOL) (Baker e Intagliata, 1982).

Cuestionario de admisión.**Datos personales:**

Nombre:

Apellidos:

Edad:

Estado civil:

Detalle los miembros de su familia:

¿Qué lugar ocupa usted?:

Estudios:

Profesión:

Situación laboral actual:

Lugar de trabajo o estudios (si hay):

Dirección:

Teléfonos:

Motivo de consulta:

Describa con detalle los problemas psicológicos por los que quisiera recibir ayuda:

Especifique:

¿desde cuándo ha tenido esos problemas y cómo han evolucionado desde entonces?

¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico anterior?

¿Cuál ha sido el resultado?

Guía de entrevista clínica general (Muñoz 2001)**1. Interacción inicial**

1.1. Observación de las características de la persona (puntualidad, arreglo personal, movimientos, estado general, cooperación, etc.)

1.2. Si es necesario, inclusión de preguntas de exploración inicial (orientación témporoespacial, mantenimiento de la atención, etc.)

2. Delimitación inicial de los problemas

- 2.1. ¿Cuál es el problema por el que acude a consulta? (no interrumpir, esperar el silencio e insistir) ¿Quiere usted contarme algo más acerca de ello?
 - 2.2. En la actualidad, ¿tiene usted algún otro problema o preocupación? (reparar ámbitos principales: familia, trabajo, ocio, etc. y buscar sucesos vitales estresantes en los últimos seis meses) (lista de problemas)
 - 2.3. De todos los problemas que me ha contado, ¿cuál considera usted más importante o urgente? (orden de la lista de problemas)
- 3. Análisis de secuencias actuales (Empezar por el problema más importante de los mencionados por la persona. Las preguntas pueden repetirse por cada problema o puede optarse por dejar algunos para entrevistas posteriores)**
- 3.1. ¿Puede describir con exactitud todo lo que ocurre en esas ocasiones? Cuénteme, como en una película, la última vez que le ha sucedido o se ha sentido de ese modo (si hay dificultades de recuerdo, pueden utilizarse estrategias para revivir la situación en imaginación) (secuencia más reciente)
 - 3.2. ¿En qué situaciones o momentos aparece el problema? ¿Qué personas están presentes y qué están haciendo? ¿Qué está usted haciendo o pensando justo antes de empezar el problema? ¿Qué siente en esos momentos previos al problema? [A partir de la identificación del comienzo de la secuencia, continuar su análisis: para cada situación, momento o comportamiento, identificar el orden de aparición en la secuencia y las relaciones de contingencia (las probabilidades de aparición y no-aparición). La secuencia termina cuando ha pasado el problema (“ha pasado lo peor”), se producen cambios de actividad, etc. Si no se consigue identificar un comienzo, puede ser útil iniciar el análisis cuando el problema ha aparecido e ir dando pasos hacia atrás]
- 4. Historia clínica**
- 4.1. ¿Cuándo le ocurrió este problema por primera vez? ¿Cuándo se lo contó a alguien o requirió ayuda profesional?
 - 4.2. Intente recordar aquella primera ocasión, ¿podría describirla como hemos hecho con la más reciente, como en una película? (primera secuencia)
 - 4.3. Hábleme un poco de aquella época, ¿qué hacía usted por aquel entonces? (recordar ámbitos principales y buscar sucesos vitales estresantes de aquella época)
 - 4.4. Desde entonces, ¿podría decir que el problema ha mejorado, ha empeorado...? (analizar cada período de mejoría o recaída, atender a los posibles ciclos, buscar posibles relaciones con sucesos vitales estresantes, analizar los efectos de posibles tratamientos anteriores, etc.)
 - 4.5. Intente recordar la ocasión en la que el problema fue peor, más grave, cuándo se sintió peor... ¿puede describirlo como en una película? (buscar sucesos vitales estresantes) (secuencia más grave-intensidad)

- 4.6. Intente también describir alguna de las ocasiones más leves (el problema debe aparecer, pero de forma muy leve) (secuencia más leve-intensidad)
- 4.7. ¿Han existido ocasiones excepcionales en las que el problema ha aparecido con alguna particularidad o de forma diferente?
- 4.8. ¿Cómo es la situación actual con relación a las dos anteriores? (intensidad)

5. Situación vital actual

- 5.1. Con relación a su situación actual, ¿cómo es su vida en la actualidad? (trabajo, estudios, vida familiar, amigos, ocio, vida sexual, sueño, drogas, etc.) (DSM-IV eje IV; CIE10 eje II; problemas psicosociales y ambientales que puedan incidir en el problema)
- 5.2. ¿Tiene usted algún (otro) problema de salud? ¿Está en tratamiento médico o toma medicinas para algo? (DSM-IV eje III) (Esta área puede utilizarse para recoger información a la vez que se relaja a la persona y se la distrae para controlar la carga emocional de la entrevista)

6. Importancia del problema

- 6.1. ¿Hasta qué punto está afectando este problema a su vida? (recordar ámbitos principales y explorar las consecuencias del problema, como alcohol, drogas e ideas suicidas) (DSM-IV eje V)
- 6.2. ¿Toma medicación o sigue algún otro tratamiento para solucionarlo?
- 6.3. ¿Se lo ha contado a alguien? ¿A quién? (si no se lo ha contado a nadie, ¿por qué no?) (apoyo social)
- 6.4. ¿Cómo se han tomado el problema las personas más cercanas a usted? (apoyo social)

7. Análisis de parámetros

- 7.1. ¿Cuántas veces le ocurre este problema al día, a la semana, etc.? ¿Cuántas veces ayer, la última semana, etc.? (frecuencia)
- 7.2. Confirmar la duración de las secuencias que ha ido contando (usted me dijo que la última vez que pareció el problema desde el principio hasta que había pasado lo peor o estaba totalmente bien pasaron... (segundos, minutos, horas,...) (duración)

(Ya se conoce la intensidad. Las relaciones de contingencia pueden establecerse durante las preguntas de secuencias de esta entrevista, dejarse para una segunda entrevista o ayudarse de una autoobservación u observación)

8. **Diagnóstico DSM-IV-TR/CIE-10** En este momento se debe disponer de suficiente información para avanzar un diagnóstico DSM-V o CIE 10 (tres ejes) que se confirmará posteriormente. Si no se tiene suficiente información, pueden incluirse preguntas específicas para el diagnóstico (no centrarse exclusivamente en el problema principal, valorar todos los conocidos e investigar con preguntas de detección los relacionados)

9. Otras variables de interés

- 9.1. ¿A qué ha atribuido usted la aparición de su problema? ¿Y su mantenimiento? (causalidad percibida, atribuciones)
- 9.2. ¿Hasta qué punto le interesa a usted solucionar este problema? (motivación para el cambio) 9.3. ¿Qué hace usted por sí mismo para solucionar el problema? (insistir en el “por sí mismo”) ¿Qué resultado le ha dado o le está dando ahora? (recursos de autocontrol)
- 9.4. ¿Qué personas cercanas a usted le han ayudado? ¿Quién podría ayudarle? (apoyo social)
- 9.5. ¿Qué espera usted conseguir con esta intervención? ¿Qué espera usted del tratamiento psicológico? (expectativas de cambio)
- 10. Recapitular y devolver la información (aprovechar para contrastar la información recogida con la persona)**
- 11. ¿Cómo se siente usted después de haber venido a la consulta? ¿Ha sido como usted esperaba?**
- 12. Indicar las “tareas para casa”, si hay (cuestionarios, autorregistros, diarios, traer informes, hablar con familiares para pedirles que vengan, etc.)**

(Recordar que la entrevista tiene que terminar de forma agradable y con un tono afectivo positivo, al menos mejor que aquel con el que empezó. Recordar igualmente que el esquema propuesto debe ser flexible y el clínico debe esforzarse en adaptarlo a cada caso y situación).

Identificación **Fecha**

Durante las últimas 4 semanas cuanto le han preocupado los siguientes problemas?

A: No preocupado **B:** Un poco preocupado **C:** Muy preocupado

	A	B	C
1.- Dolor de estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Dolor de espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- Dolor en los brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- Dolores menstruales u otros problemas con el periodo (SÓLO MUJERES)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Dolores de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- Dolor en el pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- Vértigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Síncopes, desvanecimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- Palpitaciones o taquicardias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- Sensación de falta de aire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Dolor o problemas durante las relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- Estreñimiento, movimientos intestinales o diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Náuseas, gases o indigestión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En las dos últimas semanas con que frecuencia se ha sentido preocupado por:?			
	A: Nada	B: Algunos días	C: Más de la mitad de los días
14.- Sentirse cansado/a o con poca energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- Dificultades para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL:

PHQ, cuestiones para abordar en la entrevista posterior (segunda fase)

Trastorno	Preguntas de detección	Factores confirmatorios
Depresión	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se ha sentido usted decaído, deprimido o desesperanzado durante el último mes? 2. ¿Siente poco interés o placer por hacer cosas? 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de apetito • Problemas de sueño • Cambios en la autoestima (inútil, despreciable, culpable)
Ansiedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Tiene usted subidas de ansiedad o nerviosismo repentinas o inesperadas? 2. ¿Se siente usted tenso, preocupado o estresado con frecuencia? 	<ul style="list-style-type: none"> • Disparos agudos de síntomas autonómicos (dolor en el pecho, palpitaciones, problemas respiratorios, temblores, sudor, sofocos o náuseas) • Presencia de ansiedad o preocupación crónica • Evitación de sitios o situaciones por ansiedad, miedo o preocupación • Presencia de obsesiones-compulsiones
Trastornos de ansiedad DSM-IV		
<i>Trastorno de pánico</i>		Ataques de pánico espontáneos o múltiples > ansiedad crónica
<i>Pánico con agorafobia</i>		Ataques de pánico múltiples = evitación frecuente > ansiedad crónica
<i>Ansiedad generalizada</i>		Ansiedad crónica > evitación > ataques de pánico
<i>Fobia social</i>		Evitación > ansiedad crónica = ataques de pánico (situaciones sociales)
<i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>		Obsesiones + compulsiones > ansiedad crónica > ataques de pánico (ansiedad y pánico generalmente asociada a los contenidos de las obsesiones)
Reacciones de estrés	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha atravesado usted algún período de estrés importante durante los últimos seis meses (o desde su última visita)? 2. En toda su vida, ¿ha sufrido usted algún suceso que amenazase su vida, como desastres naturales, accidentes graves, agresiones físicas o sexuales, situaciones de combate militar o abuso infantil? 	<p>Desde que sufrió esa experiencia estresante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sobresalta con facilidad • Se enfada o se siente irritable • Tiene vacío emocional o se siente distanciado de sus sentimientos • Está predispuesto a reacciones físicas cuando recuerda el suceso

PHQ, cuestiones para abordar en la entrevista posterior (segunda fase) (continuación)

Trastorno	Preguntas de detección	Factores confirmatorios
Alcohol	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Con qué frecuencia bebe usted alcohol? 2. Los días que bebe usted, ¿cuántos vasos bebe? 	<p>CAGE-AID</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzos para dejar de beber o usar drogas • Preocupado porque otras personas le critican su forma de beber o usar drogas • Culpable acerca de la bebida o del uso de drogas • Emplear drogas para detener sus temblores matinales, tranquilizarse o eliminar los síntomas de abstinencia
Grandes bebedores (criterios NIAAA)		<p>Varones adultos: >14 vasos/semana o >4 vasos, más de una vez/semana</p> <p>Mujeres adultas: >7 vasos/semana o >3 vasos, más de una vez/semana</p> <p>Adultos de >65: >7 vasos/semana o >2 vasos, más de una vez/semana</p>
Drogas	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Con qué frecuencia utiliza usted fármacos o drogas de la calle para: <ul style="list-style-type: none"> • Relajarse o controlar el estrés • Calmar sus nervios • Controlar el dolor • Darse ánimos o entonarse? 2. En los días que usted utiliza medicinas o drogas por esas razones, ¿qué cantidad usa (número de pastillas, euros, etc.)? 	
Uso problemático de drogas		<p>Drogas de la calle: >42 €/semana o 12 €, más de una vez/semana</p> <p>Medicaciones: sobreutilización, automedicación, uso de otros fármacos similares a los recetados y compra en la calle</p>
Problemas cognitivos graves	Utilizar el Mini-mental (ver material para el paciente)	

Examen Mini-mental (Folstein et al., 1975; versión de Lobo et al., 2002)

Ítem	Puntos obtenidos	Máximo
Orientación temporal		
• ¿En qué año estamos?	<input type="text"/>	1
• ¿En qué estación del año estamos?	<input type="text"/>	1
• ¿En qué día de la semana estamos?	<input type="text"/>	1
• ¿Qué día (número) es hoy?	<input type="text"/>	1
• ¿En qué mes estamos?	<input type="text"/>	1
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	5
Orientación espacial		
• ¿En qué provincia estamos?	<input type="text"/>	1
• ¿En qué país estamos?	<input type="text"/>	1
• ¿En qué pueblo o ciudad estamos?	<input type="text"/>	1
• ¿En qué lugar estamos en este momento?	<input type="text"/>	1
• ¿Se trata de un piso o de una planta baja?	<input type="text"/>	1
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	5
Memoria inmediata		
Voy a nombrar tres objetos. Después de que yo los diga, me gustaría que usted los repitiera. Son: EURO, CABALLO Y MANZANA. ¿Podría repetirlos? (Un punto por cada respuesta correcta en el primer intento y repetir hasta que el paciente los aprenda, con un máximo de seis intentos). Ahora me gustaría que los recordase porque se las preguntaré dentro de un rato	<input type="text"/>	3
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	3
Atención y cálculo		
Utilizar solamente uno de los dos ítems siguientes:		
a) Si tiene 30 € y me da 3 ¿cuántos le quedan? ¿y si me da otros 3? (hasta cinco restas). Dejar que diga cinco números y dar un punto por cada respuesta correcta	<input type="text"/>	5
b) Repita estos números: 592 (repetir hasta que los aprenda). Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en número y orden) La OMS incluye la palabra MUNDO y vale 5 puntos)	<input type="text"/>	3
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	8

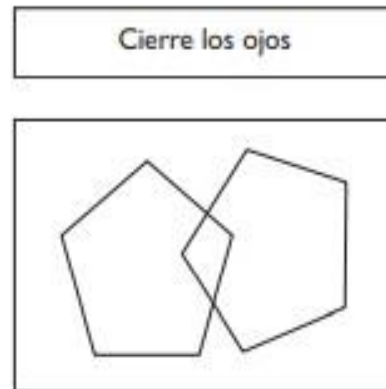
(.../...)

Examen Mini-mental (Folstein et al., 1975; versión de Lobo et al., 2002) (cont.)

Ítem	Puntos obtenidos	Máximo
Memoria a corto plazo		
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? No dar pistas	<input type="text"/>	3
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	3
Lenguaje (nombrar y repetir)		
• Enseñar al paciente un BOLÍGRAFO. ¿Qué es esto?	<input type="text"/>	1
• Enseñar al paciente un RELOJ. ¿Qué es esto?	<input type="text"/>	1
• ¿Podría repetir la siguiente frase exactamente? EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS	<input type="text"/>	1
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	3
Comprensión y seguimiento de instrucciones		
• ¿Qué son un gato y un perro?	<input type="text"/>	1
• ¿Y el rojo y el verde?	<input type="text"/>	1
• Ahora haga lo que le digo: coja este papel (señalarlo sobre la mesa) con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa. Dar un punto por cada instrucción seguida correctamente	<input type="text"/>	3
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	5
Lecto-escritura (lectura, copiado y escritura)		
Enseñar al paciente la tarjeta adjunta y pedirle que siga la instrucción escrita en ella (cierre los ojos)	<input type="text"/>	1
Dar al paciente un lápiz y un papel y pedirle que escriba una frase completa con sentido (sirve cualquier frase). Puntuar si la frase tiene sentido (incluye sujeto, verbo y predicado)	<input type="text"/>	1
En el mismo papel, pedir al paciente que copie el dibujo de la tarjeta adjunta. Positivo si mantiene los ángulos y se cruzan las figuras formando un polígono de cuatro lados, no importan líneas temblorosas	<input type="text"/>	1
<i>Subtotal</i>	<input type="text"/>	3
Total	<input type="text"/>	35

Examen Mini-mental (Folstein et al., 1975; versión de Lobo et al., 2002)(cont.)

Figuras Mini-mental: Tarjeta para utilización en el Mini-mental.



Puntos de corte recomendados:

Personas mayores de 65 años	23/24 (23 es CASO; 24 es NO CASO)
Personas menores de 65 años	27/28 (27 es CASO; 28 es NO CASO)

Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2002)

A continuación le voy a realizar algunas preguntas relacionadas con su bienestar psicológico. Lo que quiero es conocer mejor cómo se enfrenta usted a sus problemas y qué cosas le preocupan actualmente. Sé que puede ser difícil hablar de algunas cosas; y que otras le pueden parecer extrañas no se preocupe por ello y haga un esfuerzo por contestar de la forma más sincera posible.

<i>Trastorno</i>	<i>Preguntas clave</i>
<p>Depresión mayor y distimia</p>	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empezando por su estado de ánimo: ¿cómo se ha sentido de estado de ánimo en los últimos 15 días? • ¿Se ha sentido usted decaído, deprimido o desesperanzado durante el último mes? • ¿Ha perdido interés por las cosas que normalmente le gustaban? <p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresión facial de tristeza, arreglo personal, postura, etc.
<p>Manía/hipomanía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha habido veces en las que usted se ha sentido muy bien, mejor de lo normal, durante varios días hasta el punto de que los demás se lo han comentado? <p>Si negativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha sentido inusualmente irritable durante varios días, con ganas de discutir o regañar?
<p>Ansiedad generalizada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha sentido tenso, nervioso o preocupado en los últimos días? • ¿Piensa que es usted una persona nerviosa o miedosa? • ¿Está usted continuamente preocupado por algo o por distintas cosas?
<p>Trastorno de pánico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez ha sufrido un ataque de ansiedad o de miedo durante el cual haya sentido de repente un aumento de la ansiedad o del miedo a morir o a perder el control sobre sí mismo?
<p>Agorafobia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Siente usted miedo a los espacios abiertos, a los grandes almacenes, al cine, etc.? ¿Siente usted temor a los túneles, puentes, etc.? • Algunas personas tienen miedo de salir solas a la calle o de quedarse solas en casa, ¿le ocurre esto a usted?
<p>Fobia social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas personas sienten mucho temor o vergüenza a ser evaluados o a hacer algunas cosas en público. Por ejemplo: pueden tener miedo a comer o a escribir delante de otros, a hablar en público, etc. por miedo a ser evaluados o a hacer el ridículo o a quedar mal delante de otras personas. ¿Le preocupan a usted este tipo de cosas?
<p>Fobia específica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas personas tienen miedo de ciertos objetos, situaciones o animales. ¿Tiene usted algún miedo importante a algún animal, situación o cosa?

Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2002) (continuación)

	<p>Obsesiones</p> <ul style="list-style-type: none"> A algunas personas les asaltan pensamientos extraños, tontos, desagradables u horribles. No tienen sentido y son irracionales, pero se repiten continuamente sin poder dejar de pensar en ellos (intrusivos). Por ejemplo: pensar repetidamente que podría hacer daño a algún ser querido, que podría hacer alguna obscenidad en público, que podría haberse contaminado o ensuciado con algo o que ha atropellado a alguien con el coche. ¿Le asaltan a usted pensamientos de este tipo?
Compulsiones	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Otras personas tienen que hacer algo y repetirlo una y otra vez, aunque no quieran hacerlo. Por ejemplo: se lavan las manos repetidamente, comprueban que han cerrado bien la puerta o el gas o cuentan cosas excesivamente. ¿Tiene usted este tipo de comportamientos? <p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manos enrojecidas, estilo general "ordenado" o rígido, guantes, no tocar el picaporte, etc.
Trastorno dismórfico corporal	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cree usted que hay algo extraño en su aspecto físico? ¿Piensa usted que está muy gordo, desfigurado o algo así?
Abuso y dependencia de alcohol	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ahora le voy a hacer algunas preguntas respecto a sus hábitos de comida y bebida ¿Cómo son sus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas? (incluye vino y cerveza) En la última semana, ¿cuánto ha bebido usted? <p>Criterios NIAAA:</p> <p>Varones adultos: >14 vasos/semana o >4 vasos, más de una vez/semana</p> <p>Mujeres adultas: >7 vasos/semana o >3 vasos, más de una vez/semana</p> <p>Adultos de > 65: >7 vasos/semana o >2 vasos, más de una vez/semana</p> <p>Preguntas de filtrado: (CAGE, Mayfield, McLeod y Hall, 1974)</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Ha habido algún período de tiempo en su vida en el que haya pensado dejar de beber o beber menos? ¿Las personas de su familia, amigos o médicos le han criticado por su hábito de bebida? ¿Se ha sentido culpable alguna vez debido a su hábito de bebida? ¿Alguna vez ha necesitado beber nada más levantarse por la mañana para sentirse mejor o menos nervioso?

1 / 1

Si todas negativas:

- No es necesario administrar la sección

Observar:

- Signos faciales de bebida (capilares de la nariz, por ejemplo), temblor de manos, desarreglo personal, olor a alcohol, etc.

Abuso y dependencia de otras drogas

Preguntar:

- Ahora me gustaría que hablásemos sobre su consumo de drogas
- ¿Ha probado o consumido alguna vez drogas como cannabis, cocaína o heroína?

En los días que usted utiliza medicinas o drogas, ¿qué cantidad usa (número de pastillas, euros, etc.)?

- *Drogas de la calle:* >42 €/semana o 12 €, más de una vez/semana
- *Medicaciones:* sobreutilización, automedicación, uso de otros fármacos similares a los recetados y compra en la calle

Preguntas de filtrado:

¿Con qué frecuencia ha consumido drogas? (con menos de 10 veces toda la vida pasar a fármacos)

(CAGE-D, a partir de Mayfield, McLeod y Hall, 1974)

- 1) ¿Ha habido algún período de tiempo en su vida en el que haya pensado en dejar de consumir o disminuir el consumo?
- 2) ¿Las personas de su familia, amigos o médicos le han criticado por su hábito de consumo?
- 3) ¿Se ha sentido culpable alguna vez debido a su hábito de consumo de drogas?
- 4) ¿Alguna vez ha necesitado consumir nada más levantarse por la mañana para sentirse mejor o menos nervioso?

Si todas negativas:

- Pasar a fármacos

Fármacos:

- ¿Le han recetado o ha usado sin receta alguna vez tranquilizantes, anfetaminas, calmantes, antidepresivos u otros psicofármacos?

Si afirmativo:

- ¿Durante cuánto tiempo estuvo tomándolos?
- ¿Se enganchó o se hizo adicto a ellos?
- ¿Tomó alguna vez más de los que le recetó el médico?

Si negativas:

- No es necesario administrar esta sección

Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2002) (continuación)

	<p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moqueo, problemas respiratorios, brazos y piernas “demasiado tapados”, señales de pinchazos, etc.
Bulimia nerviosa	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez ha comido usted mucho en muy poco tiempo, como dándose un atracón? <p>Si afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Sintió que perdía usted el control sobre su forma de comer?
Anorexia nerviosa	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez sus familiares, amigos, médico u otras personas le han dicho que está usted muy delgado, que ha perdido demasiado peso o que tiene que engordar? • ¿Cuántas dietas ha seguido usted en el último año? • ¿Piensa que debería seguir una dieta? • ¿Se siente poco satisfecho con la forma o el tamaño de su cuerpo? • ¿Su peso afecta a la forma en la que se siente usted consigo mismo? <p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extremada delgadez
Trastorno por estrés postraumático	<ul style="list-style-type: none"> • Antes le he preguntado acerca de algunos sentimientos y situaciones recientes. Pensando en toda su vida, ¿ha sufrido algún suceso que usted haya considerado traumático? • ¿Alguna vez ha vivido alguna situación que le ha hecho sentir que su vida o la de otra persona estaba en peligro? • ¿Ha sufrido usted agresiones de cualquier tipo? • ¿Ha sufrido usted algún suceso que amenazase su vida, como desastres naturales, accidentes graves, agresiones físicas o sexuales, situaciones de combate militar o abuso infantil?
Psicosis	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finalmente, ¿alguna vez ha escuchado voces o visto cosas que otras personas no podían oír o ver? • ¿Ha sentido que le espían, le persiguen o quieren hacerle daño los demás? • ¿Tiene usted algún tipo de ideas de las que no quiere hablar con la gente porque teme que piensen que está usted loco? <p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arreglo personal, desconfianza, timidez injustificada, hablar con extraños, lógica extraña, etc.
Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez ha tenido dificultades para conciliar el sueño al acostarse o se ha despertado durante la noche?

Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2002) (continuación)

Trastorno	Preguntas clave
	<p>Si afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha estado más de 30 min intentando dormirse? • ¿Tiene pesadillas o se despierta sobresaltado con frecuencia? • ¿Tiene episodios durante el día en los que tiene tanto sueño que llega a dormirse aunque no quiera?
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se siente satisfecho de su vida sexual? • ¿Alguna vez otra persona (pareja sexual) le ha indicado que no estaba del todo satisfecha con su actividad sexual?
Adaptativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sufrido algún suceso en los últimos seis meses que le haya costado o no haya podido superar? <p>Si afirmativo: ¿podría explicarme qué sucedió?</p>

Normas para el uso de autorregistros

El uso de autorregistros siempre es una tarea compleja y delicada. Con frecuencia a los pacientes les cuesta cumplimentar los registros, no entienden su objetivo o simplemente no están suficientemente motivados para hacerlos. Algunas claves que pueden ayudar en esta tarea son:

1. Indicar al paciente la necesidad de disponer de más información y más precisa para entender mejor su problema

Fomentar la actitud investigadora del paciente respecto a su propia vida. Animarle a identificar sus problemas, las posibles causas, lo que hacen los demás, etc. Demostrar los fallos y sesgos de la memoria, incluso con sucesos próximos en el tiempo

2. Solicitar las sugerencias del paciente

Recoger todas las sugerencias del cliente con distintos objetivos:

- Preparar un formulario sencillo y fácil de entender y de cumplimentar por parte del paciente
- Ajustar el procedimiento a las preferencias y posibilidades reales del cliente
- Implicar al cliente en el diseño de la propia técnica para potenciar la adherencia
- Diseñar el mejor método para cada tipo de situación que menciona el cliente

3. Solicitar cosas sencillas

Explicar el proceso de forma detenida hasta asegurarse de la comprensión por parte del cliente de todos los pasos. No presentar el autorregistro como "deberes para casa"; debe evitarse toda referencia a la relación maestro-alumno; la relación es de colaboración, no de enseñanza. En la medida de lo posible, utilizar los procedimientos más sencillos. En los casos en los que sea imprescindible el uso de esquemas complejos, comenzar la aplicación por un autorregistro sencillo (por ejemplo, de frecuencias) y continuar añadiendo complejidad progresivamente hasta llegar al objetivo

4. Comprobar la comprensión

Asegurarse en la propia consulta, con ejemplos y solicitudes de completar algún registro, de que el cliente ha entendido todos y cada uno de los aspectos de la técnica

5. Prever el incumplimiento del paciente

Considerar los posibles obstáculos para su realización y anticipar el incumplimiento del cliente de las instrucciones. Los autorregistros son herramientas muy útiles pero muy costosas para los clientes, al menos en los momentos iniciales de su aplicación. Analizar las razones de la no colaboración en la tarea. Muchas veces esos supuestos motivos pueden decir más sobre el afrontamiento y los problemas del paciente que el propio autorregistro. Prever la utilización de contratos y otras estrategias de control y motivación

6. Lograr que el paciente realice con éxito el ejercicio de autorregistro

Implicar al paciente en todos los pasos del diseño y de la aplicación del autorregistro. Si el paciente tiene la sensación de que contribuye al tratamiento y ve el valor de cada uno de los pasos, manifestará mayor interés y adhesión al tratamiento. En todos los casos, llevar a cabo un ejercicio en la propia consulta. Por ejemplo, puede iniciarse pidiendo que cumplimente un

{.../...}

Normas para el uso de autorregistro (continuación)

registro con una situación pasada y posteriormente continuar con una situación posible en la imaginación. Terminar con una situación en *rol-play*. Intentar asegurar que los primeros ensayos en el contexto natural sean exitosos y muy fáciles de llevar a cabo posteriormente se podrá ir graduando la dificultad del registro y/o de la situación de registro.

Ejemplo de autorregistro de sucesos estresantes (Muñoz, 2001)

Fecha: __/__/__

<i>Hora</i>	<i>Situación</i>	<i>Grado de estrés (0-10)</i>	<i>¿Qué piensa, siente y hace?</i>	<i>¿Qué hace para controlar la situación?</i>	<i>Consecuencias</i>	<i>Grado de satisfacción (0-10)</i>

*Escala de acontecimientos diarios molestos**
(Kanner et al., 1981)

Instrucciones: los acontecimientos molestos son sucesos irritantes que pueden oscilar entre pequeñas incomodidades y problemas, dificultades o presiones graves. Pueden ocurrir pocas o muchas veces. En las páginas siguientes encontrará un listado con una serie de formas en las que una persona se puede sentir molesta. Conforme lea cada acontecimiento molesto:

1. Rodee con un círculo el número del acontecimiento si lo ha experimentado DURANTE EL ÚLTIMO MES.
2. Después mire los números que encontrará a la derecha de los ítems que haya señalado. Indique, rodeando con un círculo el 1, el 2 o el 3, el grado de GRAVEDAD de cada uno de los acontecimientos molestos que ha sufrido en este último mes. Si el acontecimiento no le ha sucedido en el último mes, no lo señale.

	Algo grave	Moderadamente grave	Extremadamente grave
1. Descolocar o perder cosas	1	2	3
2. Vecinos molestos	1	2	3
3. Obligaciones sociales	1	2	3
4. Fumadores desconsiderados	1	2	3
5. Pensamientos de preocupación acerca de su futuro	1	2	3
6. Pensamientos acerca de la muerte	1	2	3
7. Problemas de salud de un miembro de su familia	1	2	3
8. No tener bastante dinero para comprar ropa	1	2	3
9. No tener bastante dinero para la casa	1	2	3
10. Preocupaciones por deber dinero	1	2	3
11. Preocupaciones por conseguir un crédito	1	2	3
12. Preocupaciones acerca del dinero para emergencias	1	2	3
13. Alguien le debe dinero	1	2	3
14. Responsabilidad económica por alguien que no vive con usted	1	2	3
15. Corte de la electricidad, el agua, etc.	1	2	3
16. Fumar demasiado	1	2	3
17. Consumir alcohol	1	2	3
18. Consumir drogas	1	2	3

(.../...)

* Kanner, A. D.; Coyne, J. C.; Schaefer, C. y Lazarus, R. S. (1981): Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39. Traducción de M. Crespo (Facultad de Psicología, UCM).

Escala de acontecimientos diarios molestos (Kanner et al., 1981) (continuación)

	Algo grave	Moderadamente grave	Extremadamente grave
19. Demasiadas responsabilidades	1	2	3
20. Decisiones acerca de tener hijos	1	2	3
21. Personas que no son de la familia que viven en casa	1	2	3
22. Cuidar de un animal de compañía	1	2	3
23. Planificar comidas	1	2	3
24. Preocupaciones sobre el significado de la vida	1	2	3
25. Problemas para relajarse	1	2	3
26. Problemas para tomar decisiones	1	2	3
27. Problemas de relaciones con compañeros de trabajo	1	2	3
28. Problemas con los clientes	1	2	3
29. Mantenimiento del hogar	1	2	3
30. Preocupaciones acerca de la estabilidad laboral	1	2	3
31. Preocupaciones acerca de la jubilación	1	2	3
32. Traslado por motivos laborales	1	2	3
33. No gustarle sus actuales deberes laborales	1	2	3
34. No gustarle los compañeros de trabajo	1	2	3
35. Insuficiente dinero para las necesidades básicas	1	2	3
36. Insuficiente dinero para comida	1	2	3
37. Demasiadas interrupciones	1	2	3
38. Compañía inesperada	1	2	3
39. Demasiado tiempo libre	1	2	3
40. Tener que esperar	1	2	3
41. Preocupaciones acerca de accidentes	1	2	3
42. Estar solo	1	2	3
43. Insuficiente dinero para el cuidado de la salud	1	2	3
44. Miedo a confrontaciones	1	2	3
45. Seguridad financiera	1	2	3
46. Errores prácticos absurdos	1	2	3
47. Incapacidad para expresarse	1	2	3
48. Enfermedad física	1	2	3
49. Efectos secundarios de medicamentos	1	2	3

(../..)

Escala de acontecimientos diarios molestos (Kanner et al., 1981) (continuación)

	Algo grave	Moderadamente grave	Extremadamente grave
50. Preocupaciones acerca de tratamientos médicos	1	2	3
51. Apariencia física	1	2	3
52. Miedo al rechazo	1	2	3
53. Dificultades para lograr un embarazo	1	2	3
54. Problemas sexuales causados por problemas físicos	1	2	3
55. Problemas sexuales no causados por problemas físicos	1	2	3
56. Preocupaciones acerca de la salud en general	1	2	3
57. No ver suficiente gente	1	2	3
58. Amigos o familiares demasiado lejos	1	2	3
59. Preparar comidas	1	2	3
60. Perder tiempo	1	2	3
61. Automantenimiento	1	2	3
62. Rellenar impresos	1	2	3
63. Deterioro del vecindario	1	2	3
64. Financiación de la educación de los hijos	1	2	3
65. Problemas con los empleados	1	2	3
66. Problemas en el trabajo por ser un hombre o una mujer	1	2	3
67. Pérdida de habilidades físicas	1	2	3
68. Ser explotado	1	2	3
69. Preocupaciones acerca de las funciones corporales	1	2	3
70. Subida de precios de bienes de consumo	1	2	3
71. Insuficiente descanso	1	2	3
72. Sueño insuficiente	1	2	3
73. Problemas con padres mayores	1	2	3
74. Problemas con los niños	1	2	3
75. Problemas con personas más jóvenes que usted	1	2	3
76. Problemas con su pareja	1	2	3
77. Dificultades visuales o auditivas	1	2	3
78. Sobrecarga de responsabilidades familiares	1	2	3
79. Demasiadas cosas que hacer	1	2	3
80. Trabajo monótono	1	2	3

(./...)

Escala de acontecimientos diarios molestos (Kanner et al., 1981) (continuación)

	<i>Algo grave</i>	<i>Moderadamente grave</i>	<i>Extremadamente grave</i>
81. Preocupaciones por alcanzar altos niveles	1	2	3
82. Tratos financieros con amigos o conocidos	1	2	3
83. Insatisfacción laboral	1	2	3
84. Preocupaciones sobre decisiones acerca de cambiar de trabajo	1	2	3
85. Dificultades con las habilidades de lectura, escritura o habla	1	2	3
86. Demasiadas reuniones	1	2	3
87. Problemas de divorcio o separación	1	2	3
88. Dificultades con las habilidades aritméticas	1	2	3
89. Cotilleos	1	2	3
90. Problemas legales	1	2	3
91. Preocupaciones acerca del peso	1	2	3
92. Insuficiente tiempo para hacer las cosas que necesita	1	2	3
93. Televisión	1	2	3
94. Insuficiente energía personal	1	2	3
95. Preocupaciones por conflictos internos	1	2	3
96. Confusión acerca de qué hacer	1	2	3
97. Remordimientos por decisiones pasadas	1	2	3
98. Problemas menstruales (con la regla)	1	2	3
99. Tiempo (atmosférico)	1	2	3
100. Pesadillas	1	2	3
101. Preocupaciones por progresar	1	2	3
102. Regañinas de jefes o superiores	1	2	3
103. Dificultades con amigos	1	2	3
104. Insuficiente dinero para la familia	1	2	3
105. Problemas de transporte	1	2	3
106. Insuficiente dinero para el transporte	1	2	3
107. Insuficiente dinero para el entretenimiento y recreo	1	2	3
108. Compras	1	2	3
109. Prejuicios y discriminaciones por parte de otros	1	2	3
110. Propiedades, inversiones o impuestos	1	2	3

(.../...)

Escala de acontecimientos diarios molestos (Kanner et al., 1981) (continuación)

	<i>Algo grave</i>	<i>Moderadamente grave</i>	<i>Extremadamente grave</i>
111. Insuficiente tiempo para el entretenimiento y recreo	1	2	3
112. Mantenimiento del jardín o de los exteriores de la casa	1	2	3
113. Preocupaciones acerca de nuevos eventos	1	2	3
114. Ruido	1	2	3
115. Crimen	1	2	3
116. Tráfico	1	2	3
117. Contaminación	1	2	3
118. ¿Hemos olvidado algún acontecimiento molesto que le haya ocurrido? Si es así, escríbalo a continuación	1	2	3

*Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo**
(Kanner et al., 1981)

Instrucciones: los acontecimientos que elevan el estado de ánimo son acontecimientos que te hacen sentir bien. Pueden ser fuentes de paz, satisfacción o placer. Algunos ocurren a menudo, otros son relativamente raros. En las páginas siguientes encontrará un listado de una serie de formas en las que una persona se puede sentir bien. Conforme lea cada acontecimiento,

1. Rodee con un círculo el número del acontecimiento si le ha hecho sentirse bien EN EL ÚLTIMO MES.
2. Después mire los números que encontrará a la derecha de los ítems que haya señalado. Indique, rodeando con un círculo el 1, el 2 ó el 3, con qué FRECUENCIA ha sucedido en el último mes cada uno de los acontecimientos que ha marcado. Si el acontecimiento no le ha sucedido en el último mes, no lo señale.

	<i>Algo frecuente</i>	<i>Moderadamente frecuente</i>	<i>Extremadamente frecuente</i>
1. Dormir lo suficiente	1	2	3
2. Practicar su hobby	1	2	3
3. Tener suerte	1	2	3
4. Ahorrar dinero	1	2	3
5. Naturaleza	1	2	3
6. Agradarle los compañeros de trabajo	1	2	3
7. No trabajar (por vacaciones...)	1	2	3
8. Cotillear	1	2	3
9. Negocios financieros exitosos	1	2	3
10. Estar descansado	1	2	3
11. Sentirse sano	1	2	3
12. Encontrar algo que creía perdido	1	2	3
13. Recuperarse de una enfermedad	1	2	3
14. Estar o conseguir una buena forma física	1	2	3
15. Estar con niños	1	2	3
16. "Quitarse algo de en medio"	1	2	3
17. Visitar, telefonar o escribir a alguien	1	2	3
18. Relacionarse bien con su pareja	1	2	3

{.../...}

* Kanner, A. D.; Coyne, J. C.; Schaefer, C. y Lazarus, R. S. (1981): Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39. Traducción de M. Crespo (Facultad de Psicología, UCM).

Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo (continuación)

	<i>Algo frecuente</i>	<i>Moderada- mente frecuente</i>	<i>Extrema- mente frecuente</i>
19. Completar una tarea	1	2	3
20. Hacer un cumpleaños	1	2	3
21. Asumir responsabilidades familiares	1	2	3
22. Relacionarse bien con los amigos	1	2	3
23. Ser eficiente	1	2	3
24. Asumir sus responsabilidades	1	2	3
25. Dejar o disminuir el consumo de alcohol	1	2	3
26. Dejar o disminuir el consumo de tabaco	1	2	3
27. Resolver un problema práctico en curso	1	2	3
28. Soñar despierto	1	2	3
29. Peso	1	2	3
30. Ayudar económicamente a alguien que no vive con usted	1	2	3
31. Sexo	1	2	3
32. Vecinos agradables	1	2	3
33. Tener suficiente tiempo para hacer lo que quiera	1	2	3
34. Divorcio o separación	1	2	3
35. Comer fuera	1	2	3
36. Tener suficiente energía (personal)	1	2	3
37. Resolver conflictos íntimos	1	2	3
38. Estar con gente mayor	1	2	3
39. No encontrar prejuicios o discriminación cuando lo esperaba	1	2	3
40. Cocinar	1	2	3
41. Aprovechar una oportunidad inesperada	1	2	3
42. Consumir drogas o alcohol	1	2	3
43. Tener una vida llena de significado	1	2	3
44. Estar bien preparado	1	2	3
45. Comer	1	2	3
46. Relajarse	1	2	3
47. Tener una cantidad "idónea" de cosas que hacer	1	2	3
48. Que le visiten, telefoneen o reciba una carta	1	2	3

Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo (continuación)

	<i>Algo frecuente</i>	<i>Moderada- mente frecuente</i>	<i>Extrema- mente frecuente</i>
49. El tiempo (atmosférico)	1	2	3
50. Pensar sobre el futuro	1	2	3
51. Pasar tiempo con la familia	1	2	3
52. Su casa le es agradable	1	2	3
53. Estar con gente joven	1	2	3
54. Comprar cosas para la casa	1	2	3
55. Leer	1	2	3
56. Ir de compras	1	2	3
57. Fumar	1	2	3
58. Comprar ropa	1	2	3
59. Hacer un regalo	1	2	3
60. Recibir un regalo	1	2	3
61. Quedarse embarazada o intentarlo	1	2	3
62. Tener suficiente dinero para el cuidado de la salud	1	2	3
63. Viajar	1	2	3
64. Mantener el jardín o el exterior de la casa	1	2	3
65. Tener suficiente dinero para transporte	1	2	3
66. Mejoría de la salud de un miembro de la familia	1	2	3
67. Resolver conflictos acerca de qué hacer	1	2	3
68. Pensar sobre la salud	1	2	3
69. Escuchar bien a los demás	1	2	3
70. Actividades sociales (fiestas, estar con amigos, etc.)	1	2	3
71. Hacer un amigo	1	2	3
72. Compartir algo	1	2	3
73. Tener a alguien que te escuche	1	2	3
74. El exterior de su casa es agradable	1	2	3
75. Esperar con ilusión la jubilación	1	2	3
76. Tener bastante dinero para el entretenimiento y el recreo	1	2	3
77. Espectáculos (películas, conciertos, TV, etc.)	1	2	3
78. Buenas noticias, locales o mundiales	1	2	3

(.../...)

Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo (continuación)

	<i>Algo frecuente</i>	<i>Modera- damente frecuente</i>	<i>Extrema- damente frecuente</i>
79. Recibir buenos consejos	1	2	3
80. Actividades recreativas, deportes, juegos, excursiones, etc.	1	2	3
81. Salvar deudas	1	2	3
82. Utilizar bien sus habilidades en el trabajo	1	2	3
83. Decisiones pasadas que salen bien	1	2	3
84. Crecer como persona	1	2	3
85. Recibir un cumplido	1	2	3
86. Tener buenas ideas en el trabajo	1	2	3
87. Mejorar o adquirir nuevas habilidades	1	2	3
88. Satisfacción laboral a pesar de la discriminación sexual	1	2	3
89. Tiempo libre	1	2	3
90. Expresarse bien	1	2	3
91. Reír	1	2	3
92. Vacaciones sin la pareja o los hijos	1	2	3
93. Gusto por sus deberes laborales	1	2	3
94. Tener un buen crédito	1	2	3
95. Música	1	2	3
96. Conseguir dinero inesperado	1	2	3
97. Cambiar de tareas	1	2	3
98. Soñar	1	2	3
99. Divertirse	1	2	3
100. Ir a algún lugar diferente	1	2	3
101. Decidir tener niños	1	2	3
102. Disfrutar de personas que no son de la familia viviendo en su casa	1	2	3
103. Mascotas	1	2	3
104. El coche funciona bien	1	2	3
105. Mejora del vecindario	1	2	3
106. Logros de los niños	1	2	3
107. Las cosas van bien con los empleados	1	2	3
108. Olores agradables	1	2	3

(...)

Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo (continuación)

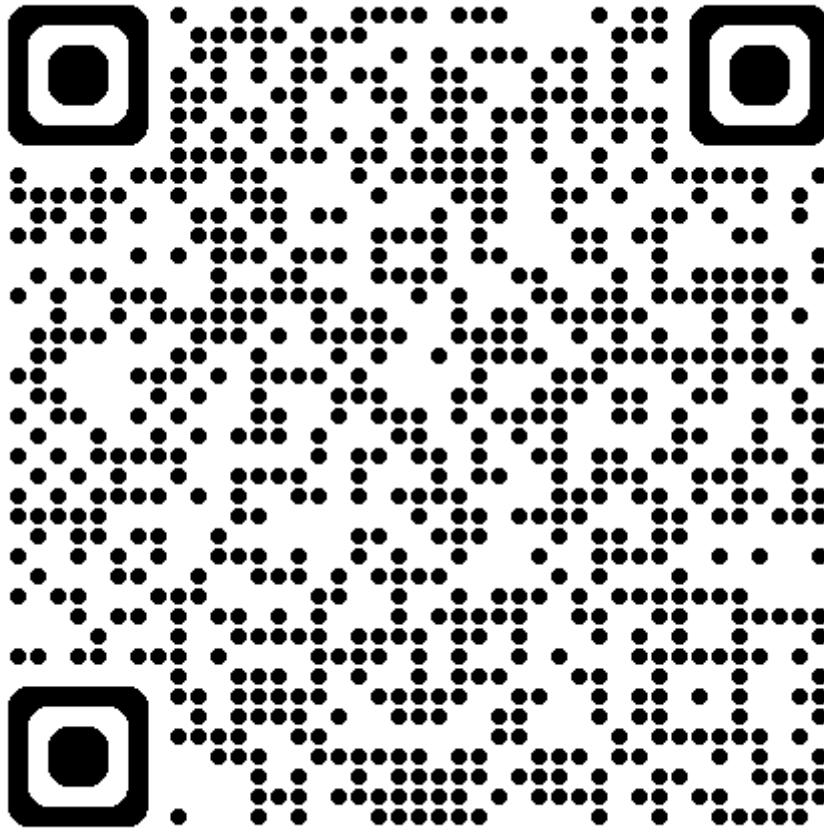
	<i>Algo frecuente</i>	<i>Moderada- mente frecuente</i>	<i>Extrema- mente frecuente</i>
109. Conseguir amor	1	2	3
110. Evitar o manejar con éxito burocracia o instituciones	1	2	3
111. Tomar decisiones	1	2	3
112. Pensar sobre el pasado	1	2	3
113. Dar buenos consejos	1	2	3
114. Rezar	1	2	3
115. Meditar	1	2	3
116. Aire fresco	1	2	3
117. Hacer frente a algo o alguien	1	2	3
118. Ser aceptado	1	2	3
119. Dar amor	1	2	3
120. El jefe está satisfecho con su trabajo	1	2	3
121. Estar solo	1	2	3
122. Sentirse seguro	1	2	3
123. Trabajar bien con los compañeros	1	2	3
124. Saber que su trabajo es seguro (libre de peligro)	1	2	3
125. Sentirse a salvo en su vecindario	1	2	3
126. Realizar trabajos como voluntario	1	2	3
127. Contribuir a la caridad	1	2	3
128. Aprender algo	1	2	3
129. Ser "uno" con el mundo	1	2	3
130. Arreglar o reparar algo (aparte del trabajo)	1	2	3
131. Hacer algo (aparte del trabajo)	1	2	3
132. Hacer ejercicio	1	2	3
133. Afrontar un desafío	1	2	3
134. Abrazar y/o besar	1	2	3
135. Flirtear	1	2	3
¿Hemos olvidado algún acontecimiento que eleve su estado de ánimo? Si es así, escríbalo a continuación	1	2	3

4.12. Análisis de casos.

Ejemplo de análisis de caso.

[105_1\(1\).pdf \(upb.edu.co\)](#)

Estudio de caso en un adulto joven con trastorno de depression moderada único episodio.



Integración de expediente físico.

Bibliografía.

Fernandez Ballesteros Rocío (2013). Evaluación psicológica (2º Edición), Madrid España. Editorial Piramide

Muñoz Manuel. Manual práctico de Evaluación psicológica clínica. Vellehermoso, Madrid. Editorial síntesis

Heredia y Ancona Cristina. Textos de apoyo didácticos “Informe psicológico”. México. Facultad de psicología UNAM.

Evaluación psicológica: Modelos y Fases.

<https://www.youtube.com/watch?v=9Y8sqHb2EG8> Evaluación

psicológica en el contexto clínico.

<https://www.youtube.com/watch?v=t2coFf8B9nc>