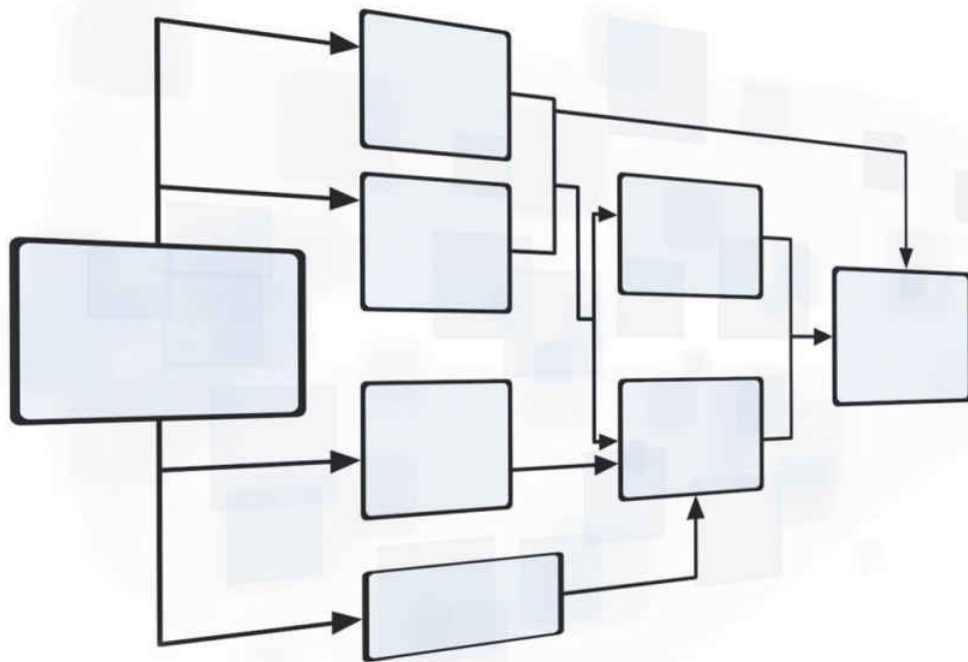


Manual práctico de evaluación psicológica clínica

Manuel Muñoz López
Berta Ausín Benito
Sonia Panadero Herrero



Contenidos digitales
www.sintesis.com


EDITORIAL
SÍNTESIS

2.^a edición revisada
y actualizada

Manual práctico de evaluación psicológica clínica

(2.^a edición revisada y actualizada)



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Manual práctico de evaluación psicológica clínica

Manuel Muñoz López
Berta Ausín Benito
Sonia Panadero Herrero

(2.^a edición revisada y actualizada)



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

Diseño de cubierta:

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

© Manuel Muñoz López
Berta Ausín Benito
Sonia Panadero Herrero

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

ISBN: 978-84-917194-0-3

Dedicatorias:

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

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

Manuel Muñoz López

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

En especial, a Manolo, Alastair y M.^a Ángeles.

Berta Ausín Benito

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

A Ernesto, mi compañero todos estos años.

Sonia Panadero Herrero

Índice

Prólogo

1. Introducción al proceso de evaluación psicológica clínica

1.1. Breve introducción histórico-conceptual a la evaluación psicológica clínica

1.1.1. Desarrollo de la psicopatología y el psicodiagnóstico, 1.1.2. Desarrollos de las principales escuelas psicológicas, 1.1.3. Desarrollo de la teoría psicométrica y de la medida en psicología, 1.1.4. Desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso.

1.2. Fundamentos básicos del proceso de evaluación psicológica clínica

1.2.1. Punto de partida metodológico, 1.2.2. Tipo de información necesaria, 1.2.3. Las pruebas de evaluación psicológica en el proceso de la evaluación psicológica clínica, 1.2.4. La relación terapéutica a través del proceso de evaluación: las habilidades en función del paciente.

1.3. Ejes de actividad, momentos y tareas en el proceso de la evaluación psicológica clínica: un modelo integrador

1.3.1. Análisis descriptivo, 1.3.2. Diagnóstico, 1.3.3. Análisis funcional y formulación, 1.3.4. Diseño del tratamiento, 1.3.5. Evaluación del cambio, 1.3.6. Informes y devolución de información.

2. Detección de problemas y exploración inicial

2.1. La detección de problemas de salud mental

2.1.1. Conceptualización, tareas y momentos en la detección de problemas de salud mental, 2.1.2. Primer nivel de detección de un “caso”, 2.1.3. Segundo nivel de detección: detección de un área problemática.

2.2. La exploración inicial

2.2.1. Objetivos y funciones del primer contacto, 2.2.2. La exploración inicial, 2.2.3. Miniexamen del estado mental (Mini-mental) 2.2.4. Motivo de consulta.

2.3. Caso clínico

3. Evaluación para el diagnóstico

3.1. El diagnóstico en el proceso de evaluación clínica

3.2. Sistemas de diagnóstico actuales

3.2.1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).

3.2.2. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE). *3.2.3. Perspectivas alternativas: enfoque transdiagnóstico y modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología.*

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

3.3.1. Cuestionarios. *3.3.2. Entrevistas estructuradas.* *3.3.3. Entrevistas semiestructuradas.*

3.4. El diagnóstico a través de la evaluación clínica

3.5. Caso clínico

4. Evaluación para el tratamiento I: análisis descriptivo

4.1. El análisis descriptivo en el proceso de evaluación

4.2. Identificación de problemas

4.2.1. ¿Que son los problemas? *4.2.2. Formas (técnicas) de identificar problemas.* *4.2.3. La lista de problemas.*

4.3. Análisis de secuencias

4.3.1. Aspectos cuantitativos del análisis de secuencias. *4.3.2. Aspectos cualitativos del análisis de secuencias.* *4.3.3. Formas (técnicas) de recoger información sobre secuencias.*

4.4. Análisis del desarrollo

4.4.1. Etiología y curso de los problemas. *4.4.2. Formas (técnicas) de recoger información sobre el inicio y curso de los problemas.*

4.5. Variables de la persona

4.5.1. Variables relacionadas con el problema. *4.5.2. Variables relacionadas con la intervención.*

4.6. Variables del contexto

4.6.1. Condiciones físicas. *4.6.2. Condiciones sociales.*

4.7. Apuntes para la consideración de aspectos transversales en el proceso de evaluación

4.8. Caso clínico

5. Evaluación para el tratamiento II: análisis funcional y formulación clínica

5.1. Análisis funcional y formulación clínica

5.2. Relaciones funcionales y causales

5.2.1. Condiciones y tipos de las relaciones causales. *5.2.2. Límites de las relaciones causales.*

5.3. Modelos de formulación clínica del caso

5.3.1. Modelos específicos. *5.3.2. Modelos generales para la formulación*

- clínica, 5.3.3. Modelos instrumentales para la formulación clínica,*
- 5.4. Modelo integrador para la formulación clínica
- 5.4.1. Definición de formulación clínica del caso, 5.4.2. Integrar la información descriptiva: análisis de los problemas, 5.4.3. Integrar la información diagnóstica, 5.4.4. Integrar toda la información: formulación clínica del caso,*
- 5.5. La acumulación de evidencias y el contraste de las hipótesis
- 5.5.1. Contraste experimental y cuasiexperimental, 5.5.2. Contraste correlacional,*
- 5.6. Caso clínico

6. Devolución de información y apuntes para el diseño del tratamiento

- 6.1. Después de la formulación de caso
- 6.2. Devolución de información al paciente
- 6.2.1. Devolución oral de la información: la entrevista de devolución de información, 6.2.2. Devolución escrita de la información: la elaboración de informes psicológicos clínicos,*
- 6.3. Formulación de caso vs. diagnóstico: implicaciones para el diseño de la intervención
- 6.4. Apuntes para la planificación del tratamiento
- 6.4.1. Objetivos de la intervención, 6.4.2. Elección de variables sobre las que intervenir, 6.4.3. Selección de las técnicas, 6.4.4. Temporización del tratamiento,*
- 6.5. Caso clínico

7. Evaluación de seguimiento y resultados

- 7.1. Evaluación de seguimiento: la medida del cambio
- 7.2. Evaluación individualizada durante el tratamiento: características, funciones y estrategias
- 7.2.1. Indicadores del cambio, 7.2.2. Técnicas de evaluación, 7.2.3. Implicaciones de la evaluación: reformulación del caso, 7.2.4. Evaluación de seguimiento,*
- 7.3. Evaluación de la efectividad de los tratamientos
- 7.3.1. Dominios de evaluación, 7.3.2. Informantes, 7.3.3. Instrumentos de medida, 7.3.4. Temporización de la medida,*
- 7.4. Caso clínico



8. Recursos para la evaluación

8.1. Lecturas recomendadas.

8.2. Webgrafía.

8.3. Materiales.

8.3.1. Cuestionario de admisión.

8.3.2. Plan personalizado de intervención.

8.3.3. Modelo de consentimiento informado general en psicología.

8.3.4. Modelo de consentimiento informado menores.

8.3.5. Modelo de compromiso de información entre progenitores.

8.3.6. Guía para la confección de la historia clínica.

8.3.7. Aspectos éticos y legales relevantes en la elaboración de informes psicológicos clínicos (a partir de Pérez, Muñoz y Ausín, 2003; y Pérez, Ausín y Muñoz, 2006).

8.3.8. Esquema de informe psicológico clínico (a partir de Pérez, Ausín y Muñoz, 2006).

8.3.9. Guía de entrevista clínica general (a partir de Muñoz, 2001).

8.3.10. Cuestionarios estudio clínico PsicAP (psicología en atención primaria) (Cano-Vindel *et al.*, 2016).

A) Cuestionario breve de salud del paciente-cribado depresión (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001).

B) Cuestionario breve de salud del paciente-trastorno de pánico (PHQ-PD) (Spitzer, Kroenke, Williams y Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group, 1999).

C) Cuestionario breve de evaluación del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, 2006).

D) Cuestionario breve de salud del paciente-cribado depresión y ansiedad (PHQ-4) (Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2009).

E) Cuestionario breve de salud del paciente-síntomas somáticos (PHQ-15) (Kroenke, Spitzer y Williams, 2002).

8.3.11. Formulario para el examen del estado mental breve (APS Healthcare, 2017).

- 8.3.12. Miniexamen del estado mental (*mini-mental*) (Folstein, Folstein y McHugh, 1975; versión incluida en la CIDI65+ de Wittchen *et al.*, 2014).
- 8.3.13. Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2003).
- 8.3.14. Medida de síntomas transversales del nivel 1 del DSM-5 autoevaluadas: adulto (APA, 2014).
- 8.3.15. Normas para el uso de autorregistros.
- 8.3.16. Escala de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud II (WHODAS-II –autoadministrado–) (OMS, 2000).
- 8.3.17. Modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología (Forbes *et al.*, 2017).

Bibliografía web

Prólogo

A menudo nos parece que nuestro esfuerzo no tiene razón de ser y que las cosas no cambian nunca. Que todo lo que hacemos nosotros, y gente como nosotros, no consigue cambios significativos en nuestra realidad social. En algunas ocasiones, podemos llegar a pensar que otras ciencias consiguen avances espectaculares, pero que la psicología clínica no lo hace de igual manera. Si bien es cierto que en los últimos quince años no ha habido grandes descubrimientos psicológicos que transformen la disciplina, cuando uno echa la vista atrás (por ejemplo, para hacer una revisión de un libro de hace dieciséis años), se encuentra con un panorama de cambios continuados que ha transformado la psicología clínica, y la evaluación psicológica clínica (EPC) en particular.

Desde la primera edición del *Manual práctico de evaluación psicológica clínica* en el año 2003, se han sucedido una serie de cambios que han asentado las bases para la transformación de la disciplina. Entre otras cosas, se han publicado las nuevas versiones de las dos clasificaciones diagnósticas más importantes: DSM-5 y CIE-11. A la vez, quizá provocado por cierta insatisfacción con las nuevas versiones, se ha avanzado en la propuesta de nuevas visiones clasificatorias que, desde perspectivas jerárquicas o biológicas, añaden nuevos puntos de vista al diagnóstico en salud mental. Lo que en el año 2003 eran los inicios de los enfoques de formulación clínica del caso se ha convertido en el eje de la EPC (e incluso de toda la profesión psicológica y de la salud mental, en opinión de algunos autores). También se han modificado los estándares de calidad que deben dirigir nuestras evaluaciones en el sentido de remarcar la importancia de las evidencias en la construcción de pruebas de evaluación psicológica y, lo que es más importante, en cada aplicación del proceso de evaluación psicológica en cada persona. La recuperación de una visión integral de la persona que, junto a las vulnerabilidades, debilidades y problemas, incluya los aspectos positivos y las fortalezas de las personas. La asunción de una perspectiva de género y el reconocimiento de la diversidad humana, que nos ha hecho ver lo ciegos que hemos podido llegar a estar ante realidades que ahora nos parecen tan obvias. Los nuevos códigos deontológicos españoles, europeos e internacionales, y una legislación más exigente en la defensa de los derechos y la intimidad de las personas, que han influido de forma muy especial en

nuestro quehacer diario y en la propia definición de nuestra disciplina. Hemos aprendido también a reconocer que el impacto que nuestras evaluaciones y diagnósticos tienen en la vida de las personas no siempre es tan positivo como inocentemente creíamos. Somos más conscientes del estigma que puede causar la enfermedad mental, y de que el impacto de nuestras evaluaciones en la vida de las personas debe ser controlado y dirigido hacia un cambio inclusivo. Estos grandes cambios se han visto acompañados de avances tecnológicos, revisiones de instrumentos, propuesta de nuevos instrumentos de evaluación, acumulación de evidencias sobre la utilidad de ciertas técnicas y estrategias, etc., que hemos tratado de integrar en nuestro manual.

Para apoyar ese proceso de cambio, este manual práctico define la EPC como un proceso que implica distintos ejes, momentos y tareas, que se organiza mediante la metodología científica y que tiene como principales objetivos la predicción del comportamiento y la planificación del tratamiento. De esta forma, el objetivo fundamental del proceso de EPC es reunir evidencias para apoyar las hipótesis sobre el caso que se hayan desprendido de la aplicación de las distintas técnicas de evaluación psicológica. Todo ello, sustentado por una relación y una alianza terapéutica que faciliten el cambio de las personas. Sabemos que realizar un proceso de EPC riguroso no es tarea sencilla, por eso hemos pretendido ofrecer a los estudiantes y profesionales de la psicología un manual práctico con instrucciones concretas y específicas de actuación en cada caso, y con el ejemplo de evaluación de un caso clínico a lo largo de todo el proceso.

El texto se compone de ocho capítulos. El [capítulo 1](#) actualiza el panorama general de la EPC, introduce el proceso de EPC y lo vertebra en tres ejes (descriptivo, diagnóstico, y funcional), que se tratarán en profundidad en los siguientes capítulos del manual.

El [capítulo 2](#) se centra en la detección de problemas de salud mental y la exploración inicial. En esta reedición se amplía el abordaje de la detección de problemas, ya que consideramos imprescindible incluir protocolos de detección de problemas de salud mental en los primeros momentos de evaluación con el paciente. Los datos indican que una de cada cuatro personas va a sufrir un problema psicológico a lo largo de su vida. El capítulo finaliza con la delimitación del motivo de consulta, inicio de la primera entrevista.

El [capítulo 3](#) está dedicado a la evaluación para el diagnóstico, y en él se revisan brevemente las relaciones existentes entre los sistemas diagnósticos y el proceso de EPC, se introducen perspectivas alternativas a los sistemas diagnósticos prototípicos, se comentan las principales estrategias diagnósticas propuestas hasta el momento: cuestionarios, entrevistas estructuradas y semiestructuradas, y se abordan en cierto detalle solamente aquellas que pueden ofrecer una mayor utilidad en el enfoque clínico de los casos. Este capítulo ha sido actualizado en gran medida respecto a la edición de 2003, ya que, en los últimos años, las clasificaciones DSM y CIE se han reeditado y, en consecuencia, los cuestionarios diagnósticos y entrevistas estructuradas y semiestructuradas se han renovado. Y no solo eso, sino que quizás más importante aún

es el hecho de que, en los últimos años, varias perspectivas diagnósticas alternativas están obteniendo evidencia de su utilidad clínica. En esta línea, encontramos la perspectiva de redes de síntomas en psicopatología, el proyecto RDoC (*Research Domain Criteria Project*) del NIMH (*National Institute of Mental Health*), el enfoque transdiagnóstico y los modelos de clasificaciones jerárquicas de la psicopatología.

En el [capítulo 4](#) se aborda el análisis descriptivo, primera parte de la evaluación para el tratamiento, se presentan en cierto detalle los principales tipos de actividades que implica la elaboración de un análisis descriptivo de los problemas de la persona. Se sitúa, en primer lugar, la identificación de los problemas de la persona, para posteriormente buscar las descripciones de las secuencias de cada uno de ellos. A continuación, se aborda el análisis del desarrollo de los problemas de la persona, para finalizar destacando el papel de las variables de la persona y del contexto relacionadas con los problemas.

El [capítulo 5](#) aborda la segunda parte de la evaluación para el tratamiento: el análisis funcional y la formulación clínica. Se ha realizado una revisión y actualización en profundidad del capítulo, ya que son varios los modelos de formulación clínica de casos con evidencia científica que han surgido en los últimos años. La formulación clínica es una tarea imprescindible para los profesionales de la psicología porque es lo que facilita llegar a la interpretación de la información que permita al clínico avanzar hacia el diseño de tratamientos individualizados eficaces. Cuando nos enfrentamos a la tarea de interpretar la información, el propio diagnóstico no nos ayuda siempre tanto como necesitamos. En este capítulo se muestran las principales estrategias aplicables para llegar a un diagrama de formulación clínica del caso que resulte útil para entender mejor los problemas de la persona, mejore la alianza y ayude a la planificación del tratamiento.

El [capítulo 6](#) se dedica a la devolución de información y apuntes para el diseño del tratamiento que, difícilmente, puede separarse del proceso seguido hasta la formulación clínica del caso. Por su parte, la comunicación de los resultados del proceso de EPC es el puente entre la evaluación y el tratamiento. Se incluyen en este capítulo tanto algunas directrices generales para la devolución de información como aspectos específicos de la devolución en sus distintas modalidades (oral y escrita), de acuerdo a los criterios técnicos y aspectos deontológicos y legales actuales.

En el [capítulo 7](#) se aborda la evaluación de seguimiento y resultados. El psicólogo no termina de evaluar con el inicio del tratamiento, sino que la evaluación va a prolongarse a lo largo del mismo y, posteriormente, una vez finalizado, durante el seguimiento. En este capítulo se dan pautas para realizar la evaluación del cambio y la valoración de los resultados durante el tratamiento como herramientas necesarias para la toma de decisiones sobre el mismo.

En el capítulo 8 que se puede consultar en un anexo del libro (www.sintesis.com) se incluye una serie de recursos para la evaluación que se ha actualizado casi por completo respecto a la primera edición de este manual, para ofrecer a los estudiantes y profesionales de la psicología un apoyo actualizado al proceso de EPC. Incluye recursos que pueden resultar prácticos en el trabajo cotidiano del evaluador. Recoge lecturas de interés, enlaces a páginas webs y vídeos relevantes, así como materiales útiles para el

proceso de EPC. Entre estos materiales, se recogen documentos necesarios en los primeros contactos con un paciente, como puede ser un cuestionario de admisión o un modelo de consentimiento informado general en psicología. Se incluyen herramientas útiles para la primera sesión de evaluación, como una guía de entrevista clínica general, especialmente revisada y ampliada, a partir de la propuesta por el primer autor de este libro en 2003. También se propone un esquema de informe psicológico clínico que facilite al profesional la labor de devolución de la información al paciente. Este capítulo recoge los principales instrumentos de detección de problemas de salud mental que han mostrado alta sensibilidad para detectar este tipo de problemas en diferentes estudios españoles realizados en los servicios de salud de atención primaria.

Para terminar, tenemos que reconocer que en estos años también han cambiado muchas cosas en nuestro ámbito personal. Cosas que no vamos a comentar aquí, pero que han cambiado nuestras vidas para siempre. Centrándonos en lo estrictamente profesional (aunque no siempre es sencillo diferenciar unas cosas de otras), se puede observar un cambio muy significativo y que el lector estimará, con toda seguridad, muy positivo. En la primera edición, el primer autor abordó la tarea en solitario, ahora lo hace acompañado de dos de sus colaboradoras más próximas, las cuales le han acompañado en la investigación y la docencia de la evaluación psicológica en la UCM durante los últimos veinte años. Sin duda, un valor añadido de enorme importancia.

En definitiva, la EPC de los próximos años seguirá cambiando, y se apoyará en la psicología y en la evidencia para ayudar a cambiar a las personas en nuestro camino hacia una sociedad más digna e inclusiva.

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, en el entorno occidental, hayan aumentado, en las últimas décadas, quizá por primera vez en la historia, las posibilidades predictivas y explicativas del comportamiento humano?, ¿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 esta pudiera ser. En el presente libro 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, para posteriormente repasar las principales tareas propias de la EPC: exploración inicial y detección de trastornos, evaluación para el diagnóstico, evaluación para el tratamiento (incluyendo la planificación del mismo) y evaluación del cambio producido durante y tras el tratamiento.

1.1. Breve introducción histórico-conceptual a la evaluación psicológica clínica

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

diferentes derroteros en distintos ámbitos culturales y, generalmente, se desarrolla avanzando caóticamente más que en línea recta. Mucho más compleja es la tarea de resumir ese caos aparente en unas pocas líneas introductorias de un texto como este. Aun así, debe reconocerse la enorme labor realizada en este sentido por otros autores dentro y fuera de nuestro país, a los que el lector puede dirigirse para un estudio de mayor alcance sobre este tema (Anastasi y Urbina, 2007; Fernández Ballesteros, 2003, 2014; Graham y Naiglieri, 2013; Groth-Marnat y Wright, 2016; Rush, Pincus, First *et al.*, 2000; Silva, 1989). Teniendo esto en cuenta, ha resultado sencillo esquivar la tentación de presentar un esquema de fechas y hechos históricos que pareciera sobresimplificar la situación. Tampoco resulta fácil, ni útil, resumir el devenir histórico de los últimos milenios, y en especial de los últimos siglos, en unas pocas páginas. Ni siquiera se puede pretender realizar una visión exhaustiva de la disciplina que, al exponer todos los hechos, diera cuenta de su desarrollo y estado actual. Debemos conformarnos con señalar algunos sucesos, desarrollos tecnológicos y avances científicos que, desde nuestro modo de ver, nos sitúan en un punto óptimo para emprender la serie de complejas tareas necesarias para cumplir los objetivos del proceso de EPC.

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

- El desarrollo de la psicopatología, el psicodiagnóstico y, en especial, de las clasificaciones diagnósticas (DSM, CIE, jerárquicas, etc.).
- El desarrollo de las principales escuelas psicológicas: psicoanálisis, humanista, cognitivo-conductual.
- El desarrollo de la teoría psicométrica y de la medida en psicología.
- El desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso.

A continuación, siguiendo los excelentes trabajos de Tracy D. Eells (1997, 2015) acerca del desarrollo histórico y estado actual de la formulación de casos en psicoterapia, repasamos brevemente los principales hechos, descubrimientos y desarrollos tecnológicos relacionados con cada uno de ellos.

1.1.1. Desarrollo de la psicopatología y el psicodiagnóstico

Aunque no siempre se ha considerado de esta forma, el estudio de la psicología anormal o psicopatología es, sin duda, uno de los pilares básicos de la EPC. De hecho, gran parte

de las actividades de la EPC se centran en la observación de los problemas y trastornos de los clientes y, ocasionalmente, en su diagnóstico. Sin entrar en polémicas que podrían llevarnos a discusiones eternas sobre el tema, debemos reconocer que las oscilaciones de la psiquiatría y de la psicopatología entre los polos etiológico y descriptivo en sus clasificaciones han influido de forma determinante en los cambios producidos en los modelos de EPC. Los inicios de la psiquiatría descriptiva de Emil Kraepelin, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, la visión psicosocial de Adolf Meyer y Karl Menninger y, por supuesto, la influencia freudiana, al resaltar el papel del inconsciente y señalar la escasa utilidad del diagnóstico, han marcado el desarrollo de la EPC. A partir de los años ochenta del pasado siglo XX, los esfuerzos del enfoque neokraepeliano, liderado por Robert Spitzer y representado por el denominado grupo de Sant Louis (Washington University) y el RDC (*Research Diagnostic Criteria*) del New York State Psychiatric Institute, han cristalizado en las sucesivas versiones del DSM. Especialmente, las tres últimas: DSM-IV, DSM-IV-TR y DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 1994; 2000; 2013), y la aparición de los manuales de la Organización Mundial de la Salud CIE-10 y CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 1992; 2019) han marcado el devenir de la clasificación de los trastornos mentales y han influido de forma muy notoria en la EPC. La publicación del DSM-5 ha defraudado muchas expectativas y ha provocado importantes reacciones en contra. Se encuentran posturas críticas bien distintas. Entre las más relevantes se pueden señalar, por un lado, las del Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), que la encuentra poco biologicista y echa en falta referencias biológicas. Y, por el otro, las del Royal College of Psychiatrist, Royal College of Psychologists o el Colegio Oficial de Psicólogos de España, que la encuentran alejada de los aspectos sociales y relativizan las evidencias aportadas.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado la CIE-11 partiendo de criterios de utilidad y de construcción social de los trastornos, una perspectiva claramente alternativa a la seguida en el DSM-5 (Reed *et al.*, 2018). Las críticas a estas clasificaciones han vuelto a poner sobre la mesa posibles alternativas diagnósticas que van desde la propuesta de clasificaciones basadas en otro tipo de criterios (un muy buen ejemplo de este último punto puede verse en la propuesta de clasificación jerárquica –HiTOP–, que organiza los diferentes trastornos desde un punto de vista más conceptual –Kotov *et al.*, 2011; 2017–) hasta la crítica total al uso del diagnóstico (Johnstone y Dallos, 2013), pasando por los acercamientos transdiagnósticos, que ponen el acento en las variables comunes a los distintos trastornos, más que en las diferencias entre ellos (Barlow *et al.*, 2011).

Desde nuestro punto de vista, la inclusión de los principios prototípicos en la clasificación y la paulatina consideración de aspectos dimensionales han ido creando la situación idónea para la aparición de un cierto consenso, al menos inicial, respecto a la conveniencia de utilizar un lenguaje común y un sistema clasificatorio compartido por todas las disciplinas implicadas en la salud mental. Aunque estamos también de acuerdo con la utilidad que pueden tener una conceptualización más psicológica de los trastornos

(por ejemplo, externalizantes vs. internalizantes) y una perspectiva transdiagnóstica que identifique las principales variables comunes a los, considerados, distintos trastornos en las clasificaciones DSM y CIE.

Sin embargo, los esfuerzos de la *American Psychiatric Association* por sistematizar la evaluación no han alcanzado el mismo éxito. Así, la *Guía clínica para la evaluación psiquiátrica del adulto*, elaborada por Fogel y Shellow en 1995 y patrocinada por esta organización, que podría haber significado una pauta a seguir, no supone más que un listado de actividades que realizar y no se puede considerar como una verdadera guía de actuación consensuada (en España ha sido publicada por *Ars Medica* en 2001). Igualmente, los instrumentos incluidos en el DSM-5 con la idea de servir de referencia en el diagnóstico, tampoco parecen estar teniendo el uso esperado.

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

En los siguientes capítulos, en especial en el [capítulo 3](#) dedicado a la evaluación para el diagnóstico, se abordan más detenidamente estos puntos.

1.1.2. Desarrollos de las principales escuelas psicológicas

A pesar de la enorme influencia de los avances de la psiquiatría y la psicopatología en la EPC, es obvio que la mayor fuente de información y experiencia siempre será la proveniente de la propia psicología, considerando sus diferentes escuelas. En los últimos años, la insistencia en la metodología científica y los datos empíricos parece haber ejercido un peso importante en la convergencia observada en todos los enfoques psicológicos que, sin llegar ni mucho menos a ser completa, se deja entrever como una posibilidad cierta en un futuro próximo. Son innumerables las aportaciones de los distintos enfoques psicológicos a la EPC, muchas de ellas asentadas y otras en completa discusión. La intención es señalar solamente aquellas piezas que han resultado fundamentales en el estado actual de la EPC. De nuevo seguimos de cerca el trabajo de Eells (1997; 2015) al respecto.

A) Psicoanálisis

Puede decirse, sin temor a cometer errores o injusticias, que el psicoanálisis ha contribuido a la EPC con tres aportaciones fundamentales. La primera de ellas tiene que ver con los desarrollos teóricos del propio Freud y demás autores dinámicos. Deben destacarse los conceptos de determinismo psíquico y de inconsciente dinámico, la idiogénesis de los problemas psicológicos y la búsqueda de significado de los síntomas en la biografía de la persona, los mecanismos de defensa y la necesidad de hacer modelos estructurales de la mente, en su caso el tripartito (yo-ello-superyó). El enfoque dinámico marcó, igualmente, el interés por los sucesos traumáticos, especialmente en la infancia, como origen de los trastornos psicológicos y la importancia de las relaciones tempranas y de apego para el desarrollo psicológico de la persona, sus vulnerabilidades y posibles trastornos psicológicos. Todas ellas son aportaciones claves en el desarrollo de la clínica psicológica y, por tanto, de la EPC.

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

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

En la misma génesis del psicoanálisis, Freud escribía: “Fui entrenado para emplear diagnósticos específicos... y me siguen pareciendo extrañas las historias de casos. Lo que escribo debe leerse como historias cortas y que, se podría decir, carecen de la huella seria de la ciencia... Las historias de casos de este tipo... tienen, sin embargo, una ventaja... que consiste en mostrar una conexión íntima entre la historia de los sufrimientos del paciente y los síntomas de su enfermedad” (Freud y Breuer, 1895). Aquí se señala el interés, ya presente en Pinel y Esquirol a principios del siglo XIX, por las historias clínicas como antecedentes de la EPC y de la formulación.

B) Terapia humanista

Las aportaciones humanistas al proceso de la EPC son más limitadas y en algunos casos ciertamente controvertidas. No en vano, Carl Rogers indicaba “el diagnóstico psicológico... es innecesario para la psicoterapia y, puede llegar a ser perjudicial para el proceso terapéutico” (Rogers, 1951: 220). A pesar de este punto de partida tan negativo para la EPC, las aportaciones humanistas se centran en la visión del paciente como persona frente a la visión como trastorno, en la orientación hacia la situación clínica como encuentro entre personas y el estudio de las relaciones terapeuta-cliente como parte esencial de la intervención. Las nuevas tendencias narrativas y las distintas

derivaciones de las técnicas de evaluación propias del consejo psicológico son claramente deudoras de esta mirada. Este enfoque y sus derivaciones (consejo psicológico, *coaching*, etc.) han desarrollado enormemente las posibilidades de intervención fuera del ámbito clínico, en el consejo, acompañamiento o apoyo psicológico.

De forma paralela, todas las terapias de corte humanista han puesto énfasis en la importancia de las habilidades del terapeuta, conceptos como el de alianza terapéutica han sido importantes aportaciones de esta forma de entender la psicoterapia.

Sin embargo, sus aportaciones en la EPC han sido más limitadas y casi siempre enmarcadas en una perspectiva cualitativa e individual que pocas veces ha permitido sistematizar y generalizar medidas o procedimientos a otros enfoques.

C) Enfoque cognitivo-conductual

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

Resumiendo, las principales aportaciones de este grupo de autores pueden centrarse en poner el énfasis en la descripción de los comportamientos y síntomas que ya no son signo de nada oculto, sino que se configuran como el problema en sí mismo. El análisis descriptivo y gran parte de las clasificaciones psicopatológicas utilizan directamente este enfoque en sus planteamientos básicos.

En segundo lugar, hay que destacar cómo la importancia otorgada a las variables ambientales resitúa el foco del análisis en la interacción ambiente-persona y ayuda a incluir a terceras personas y circunstancias ambientales en la evaluación y tratamiento. El peso de la psicología social se hace más importante al incluir en la evaluación los aspectos psicosociales y de grupo como determinantes del comportamiento. No debe menospreciarse el papel desestigmatizador que esta perspectiva conlleva.

En tercer lugar, la evaluación conductual ha sentado las bases de la evaluación vista como un proceso que incluye distintas fases y tareas. Este punto se aborda más adelante en cierto detalle. En cuarto lugar, los enfoques cognitivo-conductuales han puesto un acento muy importante en la necesidad del contraste empírico de los tratamientos y,

aunque la evaluación no ha seguido un camino paralelo, la refrescante influencia empírica se ha dejado notar en la EPC. De hecho, el enfoque cognitivo-conductual se ha configurado como el eje organizador de toda la confluencia metodológica de la EPC al resultar este enfoque más flexible y más abierto a la incorporación de experiencias y conocimientos provenientes de otros acercamientos, como por otra parte era de esperar de la aplicación del método científico. Un excelente ejemplo del papel integrador del enfoque cognitivo-conductual puede ser el ofrecido por los trabajos de Rocío Fernández Ballesteros (1980; 1996; 2014), que ha sabido conjugar las principales aportaciones de cada enfoque en un modelo cognitivo-conductual de psicodiagnóstico, referencia obligada en el panorama actual de la EPC.

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

Después de unos inicios prácticamente independientes y en ocasiones enfrentados abiertamente, las posiciones psicométricas y clínicas comienzan a estar más próximas. La EPC, que utiliza todo tipo de test, cuestionarios, observaciones y, en definitiva, distintos tipos de instrumentos de evaluación, no podía permanecer por más tiempo ajena a la teoría sustentadora de dichas pruebas. Pero en los últimos años del siglo pasado se dio un paso de gigante en esa relación, y se pasó del mero conocimiento de los criterios de calidad y creación de las pruebas psicológicas a la consideración de las evidencias y los criterios de calidad como parte esencial de la calidad final de la evaluación psicológica (Silva, 1989; *American Psychological Association* –APA–, 2014).

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

1.1.4. Desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso

Aunque pueda parecer difícil de creer, lo cierto es que la psicología, y la evaluación psicológica en particular, ha puesto muy poca atención en el estudio de los procesos implicados en la formulación clínica de los casos. Solo recientemente se ha avanzado en la dirección de ofrecer esquemas teóricos útiles para la formulación clínica. Sin embargo, la investigación empírica avanza más despacio y todavía son pocos los estudios de evidencia sobre el tema, algunas excepciones se comentan más adelante. Es muy significativo el hecho de que una revista tan prestigiosa como *European Journal of Psychological Assessment* haya dedicado un número monográfico a la formulación clínica de casos, insistiendo en esa misma dirección (Godoy y Haynes, 2011).

El primer trabajo empírico que intentó demostrar la utilidad de las formulaciones clínicas de forma empírica fue publicado por Philip F. Seitz, un psicoanalista de Chicago

que llevó a cabo un estudio de la convergencia de las formulaciones clínicas realizadas sobre los mismos materiales por un grupo de seis psicoanalistas a lo largo de tres años. Aunque las conclusiones fueron bastante desfavorables para la convergencia de las formulaciones, el esfuerzo empírico quedó reflejado en algunas recomendaciones para la mejor interpretación de la información. Desde entonces, han sido propuestos un gran número de modelos como ayuda en el proceso de formulación, la mayoría de ellos recogidos en el excelente trabajo de recopilación de Tracy D. Eells, anteriormente mencionado (Eells, 2015). Desde nuestro punto de vista, deben destacarse los esfuerzos del grupo del hospital Maudsley de Londres alrededor de Víctor Meyer, divulgados por distintos autores a partir de 1985 (Meyer, 1957; Wolpe y Turkat, 1985; Bruch, 1998; Sturmey, 2009) y que ponen el énfasis en la necesidad de generar y contrastar la hipótesis de forma previa al tratamiento, la visión cognitivo-conductual de Jacqueline Persons (1989; 2008) a partir de los enfoques de Beck y la incorporación del diagnóstico como herramienta clave, y la labor emprendida por Stephen Haynes desde la Universidad de Hawái, para conseguir optimizar los procesos de formulación de casos con una metodología empírica y contrastable (Haynes y O'Brien, 2000; Haynes, Godoy y Gavino, 2012). Más recientemente, debe destacar el acercamiento de la British Psychological Society, que, en una serie de trabajos liderados por Lucy Johnstone (2011; 2017), ha situado la formulación clínica en el núcleo central de la psicología clínica y, por extensión, de todas las profesiones relacionadas con la salud mental. Su visión alternativa al diagnóstico, de formulación participativa y en equipos ha transformado la visión de la formulación de casos en la psicología británica. Los enfoques transdiagnósticos no podían permanecer ajenos al desarrollo de la formulación clínica y, por ejemplo, Frank y Davidson (2014) han acercado recientemente el enfoque transdiagnóstico a la formulación clínica de casos. Ya se ha citado el esfuerzo integrador y recopilatorio de Tracy Eells (1997; 2007; 2015), que ha compilado en un manual de la APA los principales modelos de formulación propuestos hasta el momento y, a su vez, ha hecho un esfuerzo por desarrollar un modelo integrador que pueda ser empleado por los distintos enfoques. Finalmente, no hay que olvidar los trabajos del primer autor del presente manual, que viene haciendo propuestas en este sentido desde 1993 y, de forma más clara, desde 2003 (Muñoz, 1993; 2003; 2008).

En definitiva, la EPC, en su intento por clasificar, predecir y explicar los problemas psicológicos, va a integrar un alto número de estrategias y conceptos desarrollados por las distintas disciplinas psicológicas durante los últimos años, y va a conformar un proceso que prima la metodología científica y los modelos biopsicosociales de la salud. La APA ha señalado las principales funciones de la evaluación psicológica en el ámbito de la salud (APA, 2000), que se recogen en el [cuadro 1.1](#).

Cuadro 1.1. *Funciones de la evaluación psicológica en contextos clínicos y de salud*

<i>Funciones</i>	<i>Tareas clínicas asociadas</i>
Clasificación	Diagnóstico en salud mental.

Descripción	Descripciones integrales y globales de características de personalidad, emocionales o cognitivas.
Predicción	Pronósticos de la evolución de los trastornos o del ajuste personal a distintas situaciones en función de las variables clínicas.
Planificación de la intervención	Planes de tratamiento personalizados.
Seguimiento	Seguimiento del tratamiento.

Fuente: APA, 2000.

1.2. Fundamentos básicos del proceso de evaluación psicológica clínica

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

Las GAP establece que la evaluación psicológica implica un proceso de toma de decisiones que incluye distintas tareas, operaciones y acciones (llevadas a cabo en una secuencia dada), con el fin de responder a la demanda del cliente, y que requiere una comprensión psicológica básica, conocimiento y habilidades profesionales (GAP, 2001).

Las directrices de las GAP establecen cuatro fases en el proceso de evaluación psicológica: análisis del caso, organización e información de resultados, planificación de la intervención y valoración del seguimiento. En el [cuadro 1.2](#) se ofrece un resumen de las principales directrices incluidas en las GAP.

Cuadro 1.2. *Principales directrices de las GAP*

<i>Fases del proceso de evaluación</i>	<i>Tareas</i>
Análisis del caso	• Análisis de las demandas, quejas y metas. • Formulación de hipótesis de evaluación contrastables. • Recogida de información: recopilación de la información pertinente.

	• Procesamiento de la información: relación de los datos con las hipótesis planteadas.
Organización e información de los resultados	• Integración de los resultados: respuesta a las cuestiones planteadas. • Informe: presentación oral o escrita. • Discusión y toma de decisiones.
Planificación de la intervención	• Elección de hipótesis específicas para la intervención. • Elección y operativización de la intervención y de las variables para evaluar los resultados. • Revisión y elección de los procedimientos de intervención que mejor se ajusten al caso. • Elección y evaluación de las variables apropiadas para la supervisión de la intervención.
Valoración y seguimiento	• Recogida de datos sobre los efectos de la intervención. • Inspección de los datos ya existentes. • Recogida de datos posteriores a la intervención. • Análisis de los resultados de la intervención. • Extracción de conclusiones acerca de los efectos de la intervención. • Informe de los resultados. • Seguimiento.

Fuente: GAP, 2001.

En nuestro caso, seguiremos muy de cerca algunas de las directrices dictadas por las GAP, pero siempre adaptándolas a las necesidades más clínicas del contexto de la salud mental y los problemas psicológicos. De hecho, como ya se ha avanzado en otro lugar (Muñoz, 1995; 2008), la puesta en marcha del proceso de la EPC implica la utilización de distintas técnicas, estrategias (técnicas de evaluación psicológica) y habilidades (del terapeuta), que se revisan en los siguientes apartados.

1.2.1. Punto de partida metodológico

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

Como se ha mencionado anteriormente, las aportaciones de este grupo de autores deben entenderse en el marco del trabajo dirigido por Victor Meyer en el University College of London desde mediados de los años cincuenta hasta la actualidad. En este esquema, se presenta el proceso de la EPC en cuatro fases que hacen referencia directa y explícita al método científico básico. En primer lugar, es necesaria 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 primeros momentos de la primera entrevista con el paciente y que se prolonga hasta disponer de una hipótesis general explicativa, a la que van a denominar formulación clínica del caso.

Desde este punto de vista, se concibe la entrevista 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, test psicométricos, etc.) que faciliten la recogida de información o planificar miniexperimentos con el mismo fin.

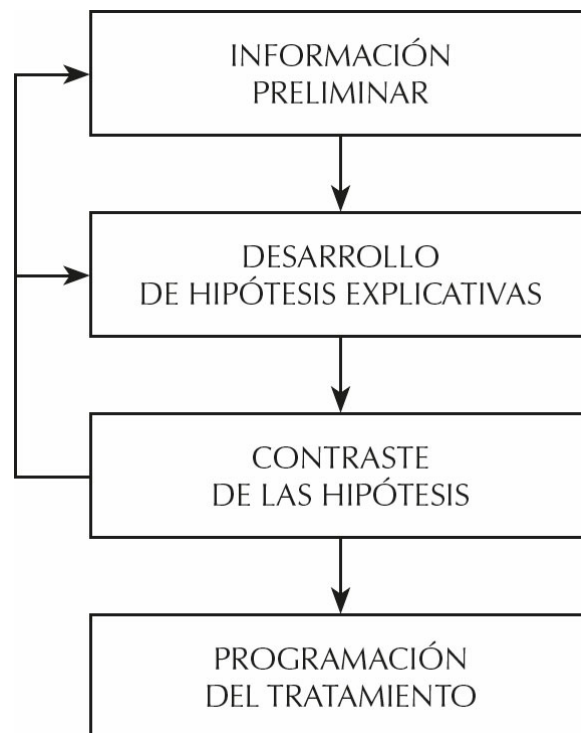


Figura 1.1. Proceso de evaluación psicológica *a priori* o pretratamiento.

Fuente: Carey, Flasher, Maisto y Turkat, 1984.

Solamente después de conseguir dicha formulación mediante el continuo juego de generar y contrastar hipótesis durante la entrevista, inicialmente parciales y progresivamente más generales, se va a programar el tratamiento. Esta propuesta, que choca frontalmente con la mayoría de las interpretaciones conductuales del proceso de la 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 la EPC se convierte en el de reunir evidencias para apoyar 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 la EPC de una validez de constructo (de la hipótesis) muy alta. Obliga, igualmente, a incluir estrategias de acumulación de evidencia y contraste de hipótesis en el proceso de EPC, facilita la superación del debate entre metodología experimental y correlacional en la psicología clínica al utilizar ambas en todas las aplicaciones, y ayuda a revisar 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 la EPC comentada hasta ahora, no puede dejar de observarse que dicho modelo presenta en su exposición algunos déficits y dificultades que entorpecen su aplicación a la práctica cotidiana actual. Sin ánimo de ser exhaustivos, se presentan a continuación algunos de los aspectos más relevantes que considerar:

- El nivel de detalle de la fase de recogida de información preliminar, generalmente a través de entrevista, resulta claramente insuficiente dado el estado actual del desarrollo de técnicas y aplicaciones en la evaluación psicológica. Sería más adecuado detallar explícitamente las tareas y 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 forma paralela, podría indicarse el tipo de información que el psicólogo debe buscar. En esta misma dirección, se sitúa la consideración de la importancia de los criterios de calidad de las pruebas utilizadas para recoger información, y muy especialmente la necesidad de contar con distintas fuentes de información y distintas metodologías de recogida para validar la información en consonancia con las matrices multirrasgo/multimétodo.
- El modelo, para alcanzar un nivel práctico, 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. En los casos donde el paciente sufra un solo problema, el modelo funciona, pero ¿qué pasa cuando, desgraciadamente, la inmensa 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 en los últimos años y que se revisan en el [capítulo 5](#).
- 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 (especialmente, sus versiones DSM-IV-TR y DSM-5) y los de la Organización Mundial de la Salud, en su versión más reciente (CIE-11), y la enorme repercusión científica y profesional que estos han tenido obligan a incluir necesariamente una referencia a los mismos en cualquier modelo de la EPC que pretenda tener un carácter clínico global.

- Un modelo de la EPC no puede agotarse en el diseño e inicio del tratamiento, es imprescindible que la evaluación se prolongue a lo largo del tratamiento, e identifique el cambio, o su falta, y los posibles problemas que puedan aparecer durante el transcurso de la intervención. Igualmente, resulta de máximo interés que la evaluación prevea la posibilidad de realizar una evaluación de la efectividad de los tratamientos una vez finalizados los mismos y con periodos 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 University College of London, representado por los trabajos de Turkat (1985) y Bruch (1998) y Sturmey (2009), ha venido completando su primera propuesta, y ha pretendido, en ocasiones, superar los problemas planteados por aquella formulación inicial. Ha intentado especificar algunos aspectos, pero no ha conseguido proponer un modelo más abierto, y ha venido cayendo en propuestas intuitivamente muy interesantes, pero poco claras desde el punto de vista de los procedimientos que seguir, que siempre terminan situando la pieza clave en la habilidad y conocimientos especiales del evaluador. Parece razonable, a estas alturas del desarrollo de la EPC, que cualquier modelo actual deba intentar ser lo más claro posible en lo referente a estrategias y métodos, de forma que pueda ser aplicado por cualquier persona con la formación adecuada, pero sin otros requisitos de especiales conocimientos, intuición, etc.

1.2.2. Tipo de información necesaria

La EPC necesita utilizar un tipo de información determinada. Evidentemente, el tipo de información que interesa en cada caso depende de distintos aspectos, como pueden ser 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 deberá cumplir toda la información que se utilice. Destacando solamente aquellos puntos esenciales, la información debe ser:

- *Descriptiva*: es decir, el tipo de información que interesa en la evaluación psicológica debe describir contextos, situaciones, estímulos, comportamientos (motoras, fisiológicas y cognitivas), variables de la persona, del desarrollo y los

cambios que pueden ocurrir en todas ellas. Cuando se dice describir, se quiere decir 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 pueden ser 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 debe trabajarse 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). En la visión de Haynes (2004), habría que considerar distintos niveles de especificidad: diagnóstico, problemas (motores, somáticos, cognitivos e interpersonales), secuencias (secuencia temporal y parámetros de la conducta) y sucesos. Niveles que habría que considerar al organizar la información en el análisis descriptivo.

- *Relevante*: esto quiere decir que solo debe recogerse aquella información que aporta o puede aportar datos útiles al planteamiento del problema. Resulta difícil señalar qué datos interesan en la descripción de un problema antes de conocerlo, sin embargo, es de suponer que los conocimientos técnicos (psicopatología, modelos explicativos, etiología, etc.) y la experiencia en problemas similares pueden guiar la búsqueda. De nuevo, se está ante un fin, más que ante un medio. La búsqueda de información relevante afecta a todas las ciencias y podemos hacer un paralelismo con la meteorología que ha definido el efecto mariposa como el hecho de que hoy llueva en Madrid puede estar en función del movimiento de las alas de una mariposa en el Amazonas. Efectivamente, las ecuaciones explicativas generales podrían llegar a relacionar ambos sucesos. Sin embargo, la capacidad predictiva del movimiento de las alas es muy inferior a la que nos podría aportar la existencia de una borrasca con nubes con agua encima de la ciudad y la prevalencia de vientos de componente sur (mayor frecuencia de lluvias en Madrid). Es decir, si queremos saber si hoy va a llover, es mejor buscar variables con capacidad predictora global importante (borrascas) y completar con micromodelos locales (vientos en Madrid). El paralelismo con la psicología clínica es evidente: podemos encontrar modelos que expliquen el funcionamiento actual de una persona en un examen a partir del deseo de su madre de tener un niño (durante la gestación de la persona). Sin embargo, los modelos de ansiedad de evaluación combinados con los modelos específicos personales del funcionamiento en situaciones de examen, muy probablemente, nos ayudarán mejor en la predicción. Aquellas evaluaciones que recogían todo tipo de información de los sujetos sin justificación alguna deben terminar en aras de un mayor respeto a la intimidad de las personas. Esta búsqueda de información puede plantearnos dilemas éticos interesantes, por 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 identidad sexual o sus creencias religiosas que, por otra parte, están protegidas por nuestra Constitución?

1.2.3. Las pruebas de evaluación psicológica en el proceso de la evaluación psicológica clínica

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

A lo largo del proceso de la EPC, son susceptibles de ser empleadas distintas técnicas y estrategias para conseguir los distintos objetivos de cada momento: búsqueda de información descriptiva, búsqueda de información funcional, contraste de hipótesis, evaluación del cambio, etc. Sin embargo, la estrategia básica que sirve para dirigir y organizar todo el proceso sigue siendo, en la inmensa mayoría de las ocasiones, la entrevista. Durante los últimos veinte años, especialmente desde la aparición del DSM-III-R, el desarrollo de formatos y pautas de entrevista clínica se ha visto incrementado enormemente, y en la actualidad se dispone de un verdadero arsenal de pautas de entrevistas generales y específicas para los distintos trastornos. Entre ellas, se incluyen pautas semiestructuradas, de contraste de hipótesis, de diagnóstico, autoaplicadas, etc., que permiten abordar casi cualquier problema psicopatológico con suficientes garantías de calidad. Integrando la visión de distintos autores al respecto, en el [cuadro 1.3](#) se resumen algunas de las principales técnicas de evaluación psicológica susceptibles de ser utilizadas en los procesos de la EPC (para una visión más completa de los instrumentos disponibles para la evaluación en psicología clínica, consultar el apartado de “Recursos para la evaluación”, capítulo 8).

Cuadro 1.3. *Principales técnicas de evaluación psicológica utilizadas en la EPC*

<i>Técnica</i>	<i>Tipos y ejemplos</i>
Entrevista	Estructuradas, semiestructuradas o sin estructura. Pueden aplicarse al

paciente, familia, amigos, profesionales, etc. Ejemplos: entrevista inicial, entrevista de devolución de información, CIDI, entrevistas de seguimiento.

Autoinformes estandarizados	Cuestionarios relacionados con distintos trastornos o variables sociales, biológicas o psicológicas. Ejemplos: cuestionarios psicométricos tradicionales, cuestionarios de <i>screening</i> psicopatológico, inventarios, etc.
Autoinformes personalizados	Medidas diseñadas para cada usuario y cada aplicación. Ejemplos: ABC, diarios, termómetros de miedo, técnicas subjetivas, escalas de metas, etc.
Observación directa	Observación en situaciones cotidianas, en la consulta o en situaciones estandarizadas. Observación del paciente o del ambiente. Ejemplos: registros de observación de parejas, observación mediante <i>role-play</i> , BAT, etc.
Observación de productos permanentes	Observación de productos de la conducta en el ambiente. Ejemplos: acumulación de basura en casa, archivos, resúmenes de estudio, etc.
Medidas psicofisiológicas	Medidas de actividad fisiológica de la persona puestas en relación con aspectos situacionales o psicológicos. Ejemplos: tasa cardíaca en situaciones estresantes y de relajación, excitación sexual ante estímulos diversos, etc.
Pruebas cognitivas	Pruebas diseñadas específicamente para evaluar la actividad cognitiva de la persona. Ejemplos: pruebas de memoria, paradigmas experimentales para evaluar la atención, etc.
Test psicométricos	Pruebas complejas diseñadas con metodología psicométrica para medir distintas variables: inteligencia, intereses, manipulativos, etc.
Técnicas proyectivas	Técnicas proyectivas clásicas. Ejemplos: Rorschach, pruebas de dibujo, etc.

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

A) Criterios de utilidad

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

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

B) Criterios de calidad

En este punto debe remarcarse el acercamiento de la EPC a los criterios psicométricos de calidad que ha ocurrido en las últimas décadas. Desde esta perspectiva se ha ido poniendo de manifiesto la necesidad de considerar los datos sobre la calidad psicométrica de la evaluación en los distintos momentos del proceso de EPC. Por ejemplo, en los momentos más descriptivos de la EPC resulta muy adecuado mantener las evidencias de fiabilidad, sobre todo conceptualizándola como concordancia entre evaluadores (entrevista, observación...) o como consistencia interna de las medidas (pertenencia de todos los ítems de medida utilizados a la misma o a distinta población). En lo relacionado con la detección de trastornos y el diagnóstico, aunque las evidencias de contenido deben ser consideradas, sin duda, las evidencias más relevantes son las relacionadas con la capacidad de nuestra evaluación de acertar respecto a un criterio (etiqueta diagnóstica). Se emplean los conceptos de sensibilidad (porcentaje de aciertos en los verdaderos positivos) y especificidad (porcentaje de aciertos en los verdaderos negativos). Lo ideal sería tener una alta sensibilidad y especificidad, aunque en la mayor parte de las ocasiones debemos conformarnos con potenciar una de ellas y controlar la otra en función de nuestros intereses de evaluación.

En cuanto a las evidencias de validez, siempre más funcionales, resulta obvio que la utilización de esquemas comunes o muy similares de organización de información hará aumentar la *validez de contenido* de modo significativo. A caballo entre la fase descriptiva y funcional, parece del máximo interés utilizar los indicadores de *validez de criterio convergente*, para la obtención de matrices multirrasgo-multimétodo en la línea de Campbell y Fiske (1953). Este hecho se ha llegado a convertir en un principio de la

EPC: no evaluar nunca un acontecimiento con un único método de evaluación, utilizar siempre varios procedimientos distintos para obtener distintas visiones del mismo acontecimiento. Gregory J. Meyer ha dirigido un importante grupo de psicólogos en el que se ha convertido en uno de los trabajos de revisión de la evidencia acumulada acerca de la utilidad de los test psicológicos más importantes realizados hasta el momento (Meyer, Finn, Eyde *et al.*, 2001). En dicho estudio se analizan ciento veinticinco metaanálisis y ochocientas muestras que examinan la utilidad de las pruebas psicológicas, especialmente las empleadas en estudios multimétodo. Las conclusiones son contundentes: la validez de las pruebas psicológicas es muy sólida y comparable a las de las pruebas médicas de todo tipo, pero los distintos métodos de evaluación facilitan informaciones distintas y únicas, y hacen imprescindible la utilización de varias medidas complementarias en cada evaluación. Los evaluadores que solamente emplean la entrevista (o cualquier otro método aislado) pierden informaciones muy valiosas que entorpecen la comprensión de los problemas de sus clientes de forma muy importante (Meyer *et al.*, 2001).

Para ofrecer una mayor claridad sobre los distintos criterios implicados, en el [cuadro 1.4](#) se resumen las principales fuentes de evidencia señaladas por la APA en relación con el proceso de evaluación psicológica y las técnicas de evaluación.

Cuadro 1.4. *Fuentes de evidencia (validez) más importantes en EPC*

<i>Tipo de evidencia</i>	<i>Procedimiento empírico</i>	<i>Teoría base</i>
Evidencias basadas en el contenido	Evidencia de que el contenido del test se relacione con el constructo que quiere medir. (p. ej., análisis de ítems, códigos de observación, etc. Métodos de muestreo de conductas. Directrices de aplicación y puntuación).	TCT Conductual
Evidencias basadas en los procesos de respuesta	Evidencia del ajuste entre el constructo medido y las respuestas de los evaluados. (p. ej., análisis de los procesos de respuesta).	TCT Conductual
Evidencias sobre la estructura interna	Análisis de la estructura interna del test. (p. ej., análisis multivariados, análisis de consistencia interna).	TCT
Evidencias basadas en la relación con otras variables	Análisis de las relaciones de las puntuaciones del test con otras variables. Evidencias convergentes y discriminantes. Evidencias de relaciones con un criterio (sensibilidad-especificidad). Evidencia de validez de generalización. (p. ej., estudios correlacionales, modelos estructurales, sensibilidad, especificidad y poder predictivo).	TCT TRI
Evidencias sobre las consecuencias	Evidencias sobre las consecuencias de las puntuaciones de las pruebas. (p. ej., estudio de las consecuencias para el evaluado, diagnóstico, forenses, utilidad).	TCT Conductual

Fuente: Standars, APA, 1999; 2014.

Para ofrecer una mayor claridad sobre los distintos criterios implicados, en el [cuadro 1.5](#) se resumen, de una forma más tradicional, los principales criterios de calidad y sus mecanismos básicos de cálculo e interpretación.

Cuadro 1.5. *Criterios de calidad más importantes en evaluación clínica*

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

Una de nuestras profesoras más recordadas y queridas ha sido siempre la profesora María Eugenia Romano, catedrática de Psicodiagnóstico de la Universidad Complutense de Madrid. Ante los impertinentes reproches del alumnado acerca de la dudosa utilidad de la información obtenida mediante una prueba de Rorschach en un caso determinado, la profesora Romano, con una infinita paciencia, siempre nos decía: “Lo que importa no son los datos en sí mismos, es su interpretación lo que otorga o resta calidad a la evaluación”. En este sentido, la fase funcional de la EPC, con la génesis y posterior contraste de las hipótesis de mantenimiento, garantiza la *validez de constructo, de la hipótesis, de la interpretación*, posiblemente el criterio de calidad más importante ya que reúne los demás y añade una conceptualización teórica a la medida. De este modo, los criterios de calidad no residen exclusivamente en las técnicas en sí mismas, si no en el proceso global; no es solo el cuestionario el que debe tener validez predictiva o de otro tipo, sino que su utilización en un proceso de contraste de hipótesis le hace superar sus

posibles limitaciones. No importa tanto el hecho de que diversos instrumentos tengan o no una alta fiabilidad, la utilización de varios de ellos, junto a otros métodos, para evaluar el mismo acontecimiento, les dota de indicadores de convergencia que determinan la calidad de la evaluación por encima de sus índices de fiabilidad o validez individuales. Para un comentario más amplio, consultar el clásico trabajo de F. Silva al respecto, *Evaluación conductual y criterios psicométricos* (Silva, 1989).

C) Criterios económicos

Durante décadas la EPC ha permanecido ajena a los criterios económicos, a pesar de que, en la mayoría de sus aplicaciones prácticas, son precisamente estos los determinantes de la aplicación de una u otra técnica. La fuerte polémica respecto a la escasa utilización de la observación en los trabajos aplicados frente a su importancia teórica puede radicar precisamente en los criterios económicos, más que en el desconocimiento o mala formación de los clínicos. De este modo, debe considerarse que la aplicación de una técnica u otra depende en gran medida de sus costes económicos; este hecho es especialmente importante en las aplicaciones comunitarias, donde las diferencias en el presupuesto pueden dar al traste con toda la intervención.

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

Sin embargo, en el otro lado aparece la necesidad de obtener unos resultados con la evaluación, unos beneficios. Este dato es especialmente importante en aquellas evaluaciones que van a suponer un tratamiento posterior o modificaciones al que se viene desarrollando. Desde este punto de vista, la evaluación tiene que ofrecer unos resultados que permitan el diseño del tratamiento. De este modo, considerando ambos aspectos, el evaluador debe mantener un equilibrio entre los costes y los beneficios, índices costes-beneficios en términos económicos. Deben realizarse evaluaciones que permitan diseñar tratamientos, pero que sean competitivas económicamente.

Dado el nivel de desarrollo de la psicología en la actualidad y de la EPC en particular, parece obvio que toda EPC correctamente realizada (diversos instrumentos, contraste de hipótesis, etc.) será siempre más cara que una evaluación tradicional sencilla con test psicométricos o las actividades exclusivamente diagnósticas. Sin embargo, un análisis económico demostraría que la EPC podría ofrecer índices costes-beneficios más satisfactorios en todos los niveles. Aunque en este punto, debe mencionarse que los resultados más actuales relativos a la eficacia diferencial de los procesos de intervención que utilizan la evaluación individualizada, frente a los que utilizan exclusivamente el diagnóstico para seleccionar el tratamiento, parecen indicar una relación coste-beneficio similar en ambos casos. Más adelante, en el [capítulo 5](#), se analizan estos y otros resultados similares.

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

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

Con frecuencia, los manuales teóricos de la EPC encaran el proceso de evaluación como si las tareas que desarrollar durante el mismo estuvieran separadas del resto de la intervención clínica. Nada más alejado de la realidad. El proceso de la 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 la 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 tendrá que mostrarse abierto y natural y evitar el lenguaje excesivamente técnico. Debe 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 especialmente en la formulación, que debe 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 alianza terapéutica y la eficacia de nuestras intervenciones (Safran y Muran, 2005). De hecho, se ha llegado a plantear la consideración de las relaciones no solo 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 estudios que

remarcan la efectividad de unas habilidades frente a otras en función de los principales problemas clínicos. Por ejemplo, en pacientes con trastornos límites de personalidad, parece más útil emplear habilidades de aceptación, establecimiento de límites y validación, mientras que con pacientes con trastornos de ansiedad, parece más indicado focalizar, desafiar y, en general, activar al paciente en la lucha por la superación del problema. Con mujeres que sufran anorexia, sin embargo, parece adecuado mostrarse algo más flexible. Con pacientes que sufren trastornos depresivos, un enfoque con más iniciativa, apoyo y dirección puede mostrarse más eficaz. Pero debe recordarse que, de cualquier modo, el acercamiento más correcto es aquel en el que las habilidades puestas en marcha por el evaluador estén en función directa de las hipótesis que se manejen 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 muestre, o deba mostrar, durante la evaluación (cooperación, agresividad, llantos continuados, etc.). De este modo, una completa formulación del caso debe explicar el comportamiento del paciente durante las sesiones respecto a las tareas entre sesiones y, además, aportar suficientes pistas respecto al estilo terapéutico que se va a emplear con cada paciente.

Por estilo del terapeuta se entiende el conjunto de comportamientos interpersonales mostrados por el terapeuta cuando está en contacto con el paciente. Estos comportamientos están 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 utilizar en todas sus intervenciones (respeto, aceptación, etc.) y otro grupo de estrategias que el terapeuta puede ir variando sistemáticamente en función del problema y de la formulación clínica que afectan a cada paciente.

A partir del esfuerzo de integración de las principales habilidades terapéuticas del psicólogo realizado por Williams, Edwards, Patterson y Chamow (2011), se pueden señalar ocho principios básicos:

1. *Unión con la persona evaluada.* Recoge la importancia de la alianza terapéutica como variable clave para la evaluación y para la efectividad de las intervenciones.
2. *Curiosidad.* Recuerda que una parte esencial del método científico reside en la curiosidad científica por el objeto de estudio, en nuestro caso, los problemas del cliente (obviamente, no se refieren a la curiosidad por la vida de la persona u otros aspectos personales ajenos al motivo de consulta).
3. *Pensar siempre en la evaluación.* Se trata de mantener el interés en la evaluación a lo largo de todo el proceso de intervención, hasta el seguimiento último del caso.
4. *Evaluar es intervenir e intervenir es evaluar.* Nos recuerdan que la evaluación produce efectos potencialmente terapéuticos (o iatrogénicos) que deben

controlare y potenciarse (en los casos positivos). Igualmente, nos recuerdan que no debería existir una intervención clínica sin evaluación (incluso en los casos más extremos como las urgencias o intervención en crisis, algún tipo de evaluación es necesaria).

5. *Evaluar las fortalezas.* En la intervención clínica se corre el riesgo de sesgar toda la información hacia los aspectos patológicos y las vulnerabilidades del paciente y su entorno. Sin embargo, la investigación nos señala con insistencia que, junto a los aspectos psicopatológicos, deben considerarse los factores positivos y las fortalezas del cliente y su entorno.
6. *La evaluación incluye al terapeuta.* Nos recuerdan los autores que los terapeutas estamos implicados en la evaluación y que nuestra presencia (formación, estilo personal, etc.) influye en los resultados de la evaluación de diferentes maneras que habrá que controlar hasta donde nos sea posible hacerlo.
7. *Evaluar incluye perspectivas múltiples.* Debemos considerar que la evaluación se beneficiará de la inclusión de distintas perspectivas que nos permitan disponer de mejor información y mayores evidencias para apoyar nuestras hipótesis y conclusiones respecto a cada caso. Dicha multiplicidad de perspectivas se refleja en el uso de distintas técnicas de evaluación, distintos informantes, distintos modelos psicopatológicos, etc.
8. *Conocimientos de salud mental.* Finalmente, nos recuerdan que la evaluación clínica se sustenta sobre la base de unos sólidos conocimientos del funcionamiento psicológico y de la salud (y la enfermedad) mental, que nos permitan generar modelos e hipótesis ajustadas a las necesidades especiales de cada persona en cada situación vital.

En esta misma línea, nuestro propio grupo de investigación (Santos-Olmo *et al.*, 2005) ha propuesto una serie de habilidades que ayudan a generar mayor alianza y procesos clínicos más eficaces (aunque originalmente se proponen para el trabajo con personas con trastornos psicológicos y exclusión social, son fácilmente generalizables a situaciones menos restrictivas). Se trata de establecer relaciones clínicas basadas en el realismo, la perspectiva a largo plazo, la empatía, la actitud positiva, la flexibilidad y la actitud centrada en la persona.

A modo de resumen, en el [cuadro 1.6](#) 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; las de la columna 2 reflejan un elenco de posibilidades entre las que el evaluador puede ir seleccionando y otorgando un valor menor o mayor en función de cada caso clínico particular. De esta forma, el funcionamiento interpersonal durante la EPC responde a unos criterios centrales, comunes en la inmensa mayoría de las ocasiones, y a una adecuación personalizada a cada paciente que facilite,

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, y que interfieren gravemente en el proceso de cambio o, incluso, que crean situaciones legalmente, y desde luego éticamente, peligrosas.

Cuadro 1.6. *Conjuntos de habilidades del terapeuta constantes, variables en cada caso y peligrosas para la relación terapéutica*

1. Constantes <i>Puestas en marcha con la mayoría de los pacientes</i>	2. Variables en cada caso <i>Se podrán variar en cada caso de acuerdo con la formulación clínica del mismo</i>	3. Peligrosas <i>Deben evitarse en todos los casos</i>
A. Respeto	A. Provisión de cuidados	A. Curiosidad no justificada
B. Confianza	B. Estructura de la sesión	B. Implicación de aspectos personales propios
C. Interés	C. Revelar información sobre el terapeuta	C. Búsqueda de la admiración del paciente
D. Cuidados	D. Directividad	D. Imposición de valores personales
E. Comprensión	E. Críticas	E. Relación de dominio
F. Aceptación	F. Alabanzas/reforzamiento social	
G. Empatía	G. Animar	
H. Calidez en la relación	H. Juegos	
I. Fomentar las expectativas de cambio	I. Sentido del humor	
J. Autenticidad	J. Control	
K. Búsqueda de información descriptiva y relevante	K. Disponibilidad del terapeuta	
L. Mostrarse competente	L. Duración de las sesiones	
M. Estructuración de roles	M. Frecuencia de las sesiones	
N. Implicación del paciente en el proceso de cambio	N. Modelado	
	O. Compartir notas o la formulación	
	P. Establecimiento de límites	
	Q. Enfrentarse a comportamientos desadaptativos	
	R. Validar los sentimientos y experiencias del paciente	

De forma complementaria a lo anterior, es muy conveniente remarcar el hecho de que nuestras habilidades clínicas deben incluir estrategias útiles para el abordaje de problemas complejos, como pueden ser las personas de otras culturas (incluso otros idiomas) y las personas con diversidad funcional.

Más adelante en el manual, se abordan aspectos relacionados con la diversidad cultural en la intervención clínica. Siguiendo a Satler (2001), es evidente que el psicólogo deberá conocer el idioma, referencias culturales, etc., de la persona evaluada para poder abordar con ciertas garantías un proceso de la EPC. Una mayor información

puede encontrarse en el propio DSM-5, que incluye referencias en ese sentido y propone una entrevista para la formulación sensible a la cultura (APA, 2014).

En otro lugar hemos ofrecido un comentario más amplio sobre las habilidades terapéuticas generales y específicas (Ausín y Muñoz, 2018), pero vale la pena hacer al menos un resumen de las más importantes a la hora de evaluar a personas con diversidad funcional. De forma resumida, pueden indicarse las siguientes:

- Ser flexible en el acercamiento a la discapacidad.
- Ser comprensivo frente a la negación de la discapacidad del cliente.
- Ajustar la frecuencia y organización de las sesiones para adaptarlas a la discapacidad.
- Poner en marcha las habilidades sociales (por ejemplo, empatía, ser abierto, manejo de emociones fuertes, ajuste de los canales y claves de comunicación a la discapacidad).
- Ser consciente de los valores fundamentales del cliente.
- Manejar los sentimientos negativos que puede generar la discapacidad en el profesional.
- Buscar y destacar los aspectos positivos y fortalezas de la persona en todo momento.

En definitiva, el psicólogo clínico debe disponer de un elenco de habilidades y estrategias que le permitan optimizar los procesos de evaluación clínica al máximo y, por ende, beneficien todo el proceso terapéutico.

1.3. Ejes de actividad, momentos y tareas en el proceso de la evaluación psicológica clínica: un modelo integrador

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

El modelo de la EPC que se propone ([figura 1.2](#)) es el resultado de una elaboración teórica y metodológica sobre el esquema básico de Victor Meyer y su grupo, que incorpora las propuestas de Stephen N. Haynes, Jacqueline B. Persons, Tracy Eels, Arthur M. Nezu y Lucy Johnstone, entre otros, sobre la formulación clínica, y considera las aportaciones metodológicas de la evaluación psicométrica en la línea desarrollada en nuestro país por Fernando Silva y especificada en los estándares de la APA para la evaluación psicológica (APA, 2014). Considera todas las dificultades y limitaciones mencionadas anteriormente e intenta ofrecer una visión práctica clara y posibilista de las distintas tareas, técnicas, estrategias y procedimientos que el psicólogo puede llevar a cabo para conseguir una EPC de calidad. Desde un punto de vista práctico, este modelo

se ha ido utilizando por el primer autor durante más de dos décadas en el trabajo clínico asistencial llevado a cabo en la Universidad Complutense de Madrid. En este capítulo se resumen los aspectos principales del mismo para, a lo largo de todo el volumen, ir desarrollando de forma más pausada cada uno de los ejes, pasos y momentos principales.

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

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

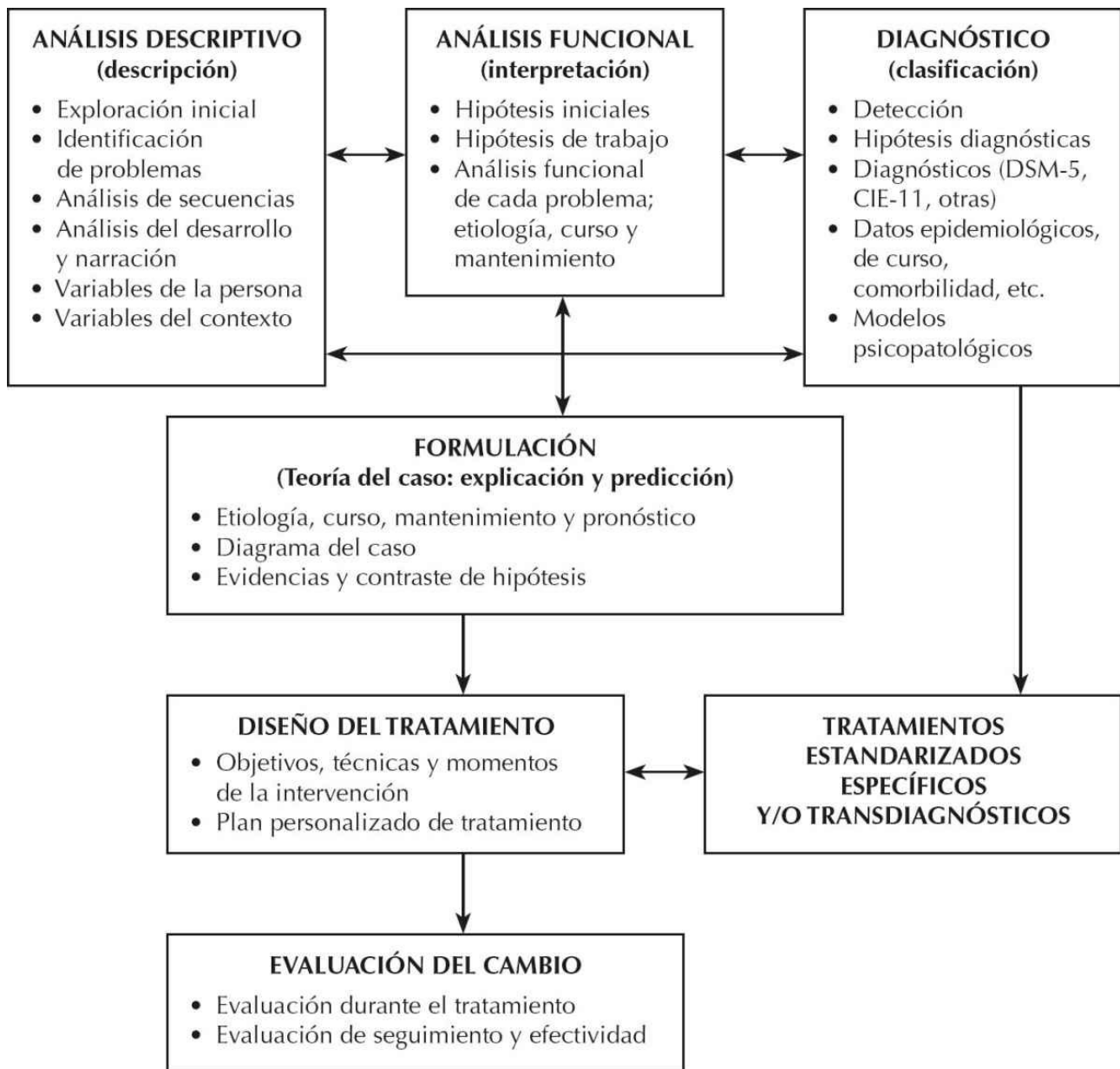


Figura 1.2. Ejes, momentos y tareas del proceso de EPC.

Fuente: Muñoz, 2003; 2008.

1.3.1. Análisis descriptivo

Como puede observarse en el esquema propuesto en la [figura 1.2](#), el primer momento de todo proceso de evaluación clínica no puede ser muy distinto de la primera ocasión en que conocemos a una persona. Todos los prejuicios, sesgos, efectos halo, etc., presentes en las relaciones humanas desde su comienzo, lo están igualmente en el proceso clínico. De este modo, los primeros momentos de la primera sesión se convierten en un aspecto clave del desarrollo de la EPC, frecuentemente olvidado por los teóricos del área, pero no por ello menos importante. Es, por tanto, el momento de las primeras observaciones,

las primeras descripciones y de la generación de las primeras hipótesis y de las primeras decisiones, que pueden marcar toda la evaluación posterior. Debe señalarse desde el principio que el juego de generación y contraste de hipótesis que se inicia en este momento no va a terminar hasta que termine el propio proceso evaluador.

Es el momento de llevar a cabo la primera exploración del paciente o exploración inicial. En este sentido, resultan especialmente relevantes las estrategias de detección de problemas y trastornos psicológicos que todo profesional de la salud debe poder poner en marcha. Se trata de estar alerta y ser capaz de identificar signos de posibles problemas psicológicos o trastornos de salud mental para, en el caso del psicólogo clínico, no pasar por alto posibles problemas e intervenir siempre con la mayor rapidez y efectividad. Una vez detectadas potenciales dificultades, el objetivo será el de hacer una exploración que nos permita tomar decisiones sobre la conveniencia, o no, de continuar el proceso de EPC o emprender algún otro tipo de intervención (urgencia, derivación, etc.).

Por otra parte, parece que no resulta difícil conseguir un cierto consenso respecto al objetivo inicial de cualquier proceso de EPC: conseguir saber qué le pasa al paciente. En otras palabras, describir la fenomenología del paciente y su entorno. También resulta sencillo pensar que, para saber a qué nos enfrentamos, el primer paso tendrá que constituir una descripción del problema o problemas del paciente y de las posibles variables o factores que pueden estar presentes en la situación. De este modo, uno de los primeros objetivos del proceso de EPC debe ser la realización de un análisis descriptivo de la situación del paciente, desde un punto de vista global. Este análisis empezará por una lista de problemas del paciente y continuará con una descripción detallada de cada uno de los problemas, posiblemente, en forma de secuencias. Una vez descritos con cierto detalle los principales problemas del paciente, se podrá recoger la información conveniente acerca del desarrollo de cada uno de ellos a lo largo de su vida y de sus interacciones, las interpretaciones y el sentido que el paciente ha ido otorgando a cada problema y, en resumen, una narración del caso, conjugando el punto de vista subjetivo del paciente con los datos objetivos que podamos ir reuniendo. Igualmente, se estará en disposición de identificar y, posiblemente, medir las principales variables personales o contextuales que puedan afectar a cada problema, positiva o negativamente, de forma significativa.

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

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

adelante, con el análisis funcional y la formulación del caso.

1.3.2. Diagnóstico

De acuerdo a lo señalado en la [figura 1.2](#), el diagnóstico se considera un eje de actividad incluido en el proceso de EPC, que mantiene una unidad de acción con los otros dos ejes, pero que puede desarrollarse con una cierta independencia. Según se van identificando y describiendo los principales problemas del paciente, su inicio y su evolución, se empieza a disponer de toda la información necesaria para poder realizar un diagnóstico DSM-5 o CIE-11. Por otra parte, debe señalarse cómo la relación entre los ejes descriptivo y diagnóstico es bidireccional, y se concentra en la elaboración de la lista de problemas y del curso de los mismos en la biografía del paciente. En ambos casos, la información recogida durante la entrevista ayuda a clarificar la labor diagnóstica, a la vez que los criterios diagnósticos y la información epidemiológica y del curso de los problemas ayudan a dirigir la búsqueda de información de forma más precisa y económica.

En el presente volumen, se incluyen, además, las principales estrategias y procedimientos utilizados para la consecución de diagnósticos DSM y CIE en aquellos casos en que no es posible o recomendable proceder a un análisis descriptivo exhaustivo y, sin embargo, es preciso conseguir un diagnóstico (tareas clasificatorias de la EPC). Este tipo de herramientas, generalmente entrevistas estructuradas, ha supuesto un avance muy relevante en el acuerdo diagnóstico entre profesionales y se ha convertido en una fuente importante de preguntas validadas susceptibles de ser empleadas en procesos de EPC más amplios (para una selección y guía de uso de este tipo de preguntas, ver *Entrevista psicopatológica*, Vázquez y Muñoz, 2003).

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

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

1.3.3. Análisis funcional y formulación

El tercer eje del sistema, posiblemente el más nuclear, indica la necesidad de buscar evidencias que soporten nuestras hipótesis y formular y contrastarlas durante todo el proceso, yendo de las más básicas e iniciales de la exploración inicial a las más complejas y definitivas de la formulación clínica del caso. Conforme se avanza en la recogida de información descriptiva y en la elaboración, siquiera tentativa, de un diagnóstico del caso, se hace necesario avanzar, igualmente, en el proceso de búsqueda de hipótesis explicativas (funcionales) de cada problema. Realmente, la secuenciación (ya se advirtió y se volverá sobre ello) de las fases y ejes sigue un esquema didáctico, no directamente relacionado con la práctica clínica. En esta, las actividades descriptivas y funcionales van alternándose continuamente a lo largo del proceso hasta llegar a la formulación final del caso. De hecho, como se verá más adelante, con formulación clínica no nos referimos solamente a un esquema o narrativa de las hipótesis del caso, sino que puede decirse que se convierte en una forma de actuación a lo largo del proceso, en un enfoque evaluativo.

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

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

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

En este sentido, será conveniente desarrollar y contrastar hipótesis acerca de la etiología y el mantenimiento de cada problema que presente el paciente. Es decir,

buscando el establecimiento de relaciones moleculares entre sucesos. Posteriormente, se procederá a la combinación de todos los problemas en un esquema de formulación que puede, o no, incluir o hacer uso de una o varias categorías diagnósticas. Debe destacarse el papel que los modelos teóricos de los trastornos desarrollados por la investigación clínica pueden tener como heurísticos, fuentes de hipótesis y organizadores de la información en este momento del proceso de formulación clínica. Se crea, de este modo, un nexo relacional de doble vía entre la investigación (nomotética) y la aplicación (idiográfica) clínica. El evaluador debe establecer relaciones funcionales entre los distintos problemas de la persona en un nivel de integración molar. Esto resitúa el proceso de la EPC, que había llegado a un nivel molecular de análisis, en el mismo plano en que se inició: en un nivel molar. De esta forma, se completa el ciclo molar-molecular-molar, que debe cumplir el proceso de EPC, se parte de la persona, se analizan problemas, situaciones y acontecimientos para, finalmente, volver de nuevo a la persona.

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

Como se ha ido avanzando, la calidad del análisis funcional, de la formulación y, por ende, del proceso completo radica en la acumulación de evidencias y el sometimiento a contraste de las hipótesis planteadas. Se establece, por tanto, la necesidad de contrastar por distintos procedimientos experimentales o correlacionales las hipótesis generadas para explicar el origen y mantenimiento de cada problema, así como la formulación global del caso. Este modo de actuación garantizará la validez de constructo (de la hipótesis; de la interpretación) del proceso de EPC, posiblemente el criterio de calidad más importante por cuanto que engloba a los demás (Silva, 1989; APA, 2014).

1.3.4. Diseño del tratamiento

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

De acuerdo a lo expuesto hasta el momento, debe haber quedado claro que no puede entenderse un tratamiento psicológico si no es derivado de una evaluación previa. En el modelo que se presenta, la evaluación incluye la acumulación de evidencias sobre el caso y el contraste de las hipótesis de formulación clínica. Será de esta formulación de la que deba derivarse el tratamiento. Es decir, la planificación del tratamiento empieza por

la selección de variables independientes susceptibles de modificación en el modelo de formulación y continúa con la consideración de los factores temporales y las técnicas y estrategias útiles para la intervención. Finaliza en la redacción de un plan de tratamiento individualizado.

Sin embargo, los trabajos relacionados con la comparación de estrategias individualizadas de planificación del tratamiento frente a programas estandarizados han puesto de manifiesto que, tomados en conjunto, los resultados no respaldan las afirmaciones de que la formulación mejore los resultados de la intervención, al menos en personas con un solo diagnóstico, para los que exista un programa estandarizado y manualizado (Eells, 2015; Jonhstone *et al.*, 2017; Tarrier *et al.*, 2006).

Una primera interpretación de esta evidencia lleva a reconsiderar la conveniencia de invertir tiempo y esfuerzo en hacer formulaciones y diseños individualizados del caso que no parecen aumentar la eficacia de la intervención. Sin embargo, la interpretación puede hacerse justo a la inversa: la intervención basada en la formulación es igual de eficaz que la sustentada en el diagnóstico y el tratamiento de manual. Por tanto, puede deducirse que los últimos cuarenta años de trabajo a partir del diagnóstico no han añadido efectividad a la visión clínica tradicional basada en el caso individual. Mientras tanto, las etiquetas diagnósticas no han mejorado la comunicación entre profesionales como se esperaba, y suponen un claro perjuicio para las personas diagnosticadas (y sus familias) que, en muchas ocasiones, quedan estigmatizadas y discriminadas, con lo que el diagnóstico supone una auténtica barrera a la integración social e, incluso, al propio acceso a los tratamientos de salud mental. La polémica alrededor del tema no se ha resuelto y sigue completamente viva en la actualidad. Una vez más, el punto de vista defendido en el presente manual intenta ser integrador y contempla la posibilidad de combinar ambas estrategias, abordar el problema del diagnóstico y la etiquetación con medidas de lucha contra el estigma, individualizar los programas de tratamiento estandarizados (específicos o transdiagnósticos) y, en definitiva, apoyar la posibilidad de utilizar programas estandarizados como guía en el diseño individual del tratamiento. Este tema se analiza en mayor detalle en los [capítulos 5 y 7](#).

1.3.5. Evaluación del cambio

Volviendo a la [figura 1.2](#), al mismo tiempo que se está diseñando el tratamiento, señala la conveniencia de elaborar igualmente un plan para la evaluación del cambio durante y tras la intervención.

En primer lugar, hay que prestar atención a la medida del cambio durante el propio tratamiento. Es necesario disponer de medidas sensibles, rápidas y fáciles de aplicar que sean capaces de decirnos hasta qué punto se están consiguiendo, o no, las metas del tratamiento.

Igualmente, debemos ser capaces de detectar, lo más rápidamente posible, aquellos problemas que puedan nacer durante la aplicación del tratamiento, debidos a este o a factores externos que pudieran influir en el curso del mismo. De este modo, la

evaluación durante el tratamiento está en relación directa con el plan de intervención diseñado y, por ende, con la formulación individual del caso.

En segundo lugar, el proceso de EPC no puede terminar hasta que se haya evaluado la efectividad de la intervención. Estamos hablando de la evaluación de seguimiento del paciente. Evaluación que tiene como objetivo principal establecer hasta qué punto se ha producido un cambio en la vida del paciente, cambio que debe afectar a su sintomatología, pero también a su funcionamiento psicosocial, su calidad de vida y, en definitiva, a su salud y bienestar general. La tendencia actual nos indica que este momento del proceso de EPC debe permitir la comparación entre distintas alternativas de intervención en salud mental, por ello debe realizarse un esfuerzo importante por la consecución de un consenso en cuanto a las medidas de efectividad y resultados se refiere. Esta realidad sitúa a la evaluación de la efectividad en un plano de cierta independencia respecto a la formulación y el tratamiento aplicado.

1.3.6. Informes y devolución de información

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

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

2

Detección de problemas y exploración inicial

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

2.1. La detección de problemas de salud mental

En los últimos años son muchos los estudios epidemiológicos que evidencian cómo los problemas de salud mental afectan a todos (ECA: Kessler *et al.*, 1994; ESEMED: Alonso *et al.*, 2004; WHO: Kessler y Ustun, 2008; MentDis_ICF65+: Andreas *et al.*, 2017). Aunque son muchas las personas de todas las edades y grupos sociales afectadas por los trastornos mentales (una de cada cuatro personas va a sufrir un problema de salud mental a lo largo de su vida), una parte importante de estas personas no recibe ayuda profesional o tarda en hacerlo un número considerable de años. Este hecho puede deberse a varios motivos. Por un lado, hay una infradetección de problemas de salud mental por parte de los profesionales de atención primaria, que puede deberse a la escasez de adecuados instrumentos de detección de un trastorno mental en atención primaria. Tejada, Jaramillo y Sánchez-Pedraza (2014) proponen, para mejorar la detección de problemas de salud mental en atención primaria, el uso de instrumentos como el *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD), el *Patient Health Questionnaire* (PHQ) o la herramienta mundial de evaluación en salud mental (GMHAT). Los trastornos mentales comunes (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, somatizaciones y trastornos adaptativos) son los que se encuentran con mayor

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

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

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

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

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

detección de trastornos según estos autores, y en las siguientes páginas se explicará en cierto detalle los dos niveles de detección. El psicólogo podrá emplear ambos niveles de detección técnicas estandarizadas, que deberán contar con una validez de criterio adecuada: sensibilidad y especificidad de los instrumentos. En el [capítulo 3](#) se abordarán con más detalle estos dos tipos de validez de criterio.

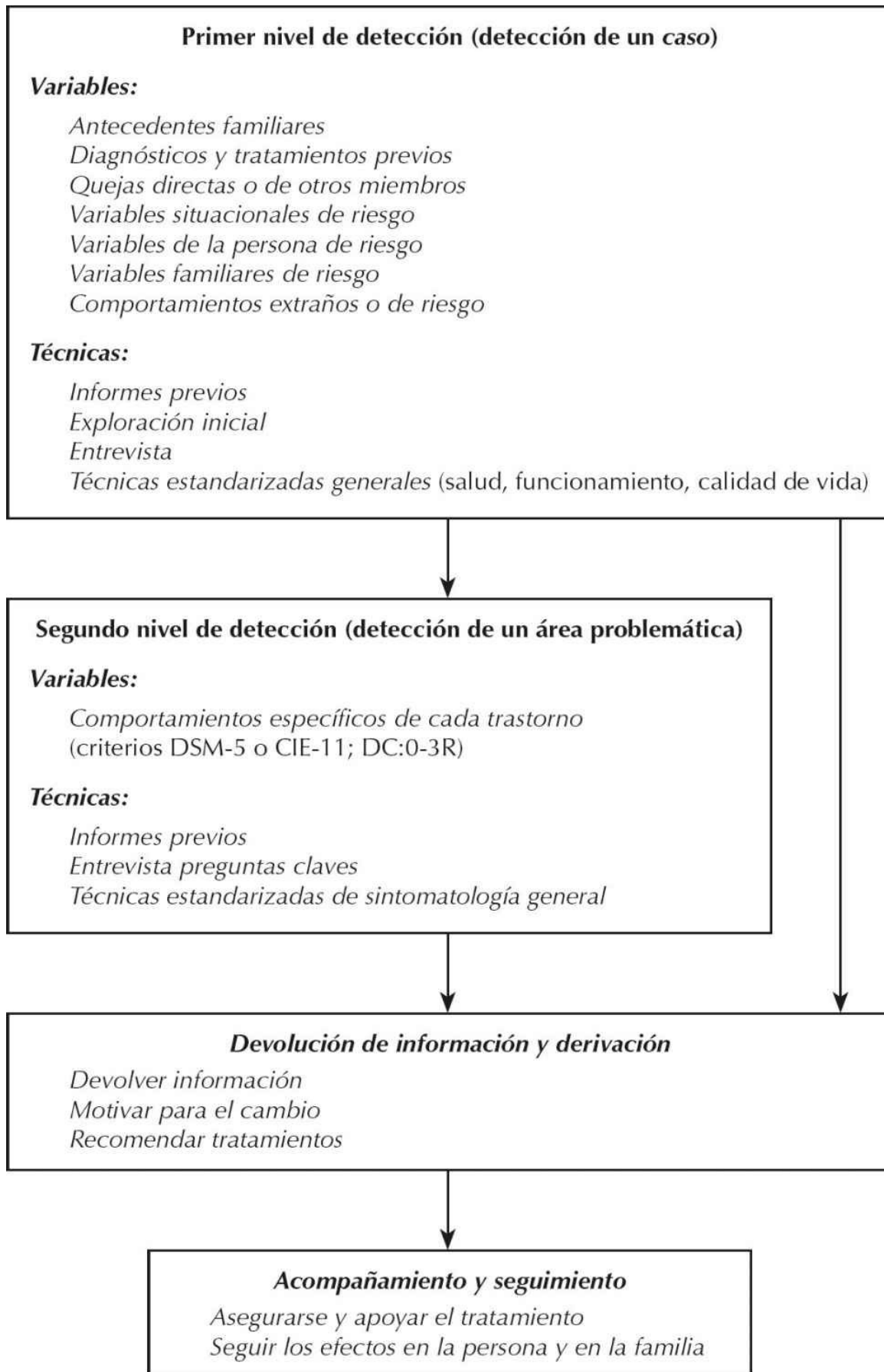


Figura 2.1. Tareas y herramientas relacionadas con la detección de problemas de salud mental.

Fuente: Ausín y Muñoz, 2018.

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

2.1.2. Detección de un caso

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

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

El psicólogo podrá evaluar con detalle las situaciones, momentos y comportamientos de riesgo empleando técnicas y estrategias que sean útiles y tengan la calidad suficiente para la detección de trastornos mentales. Entre estas técnicas destacan la revisión de informes clínicos previos, la exploración inicial y otras estrategias de entrevista, y algunas técnicas estandarizadas de detección general de casos clínicos ([figura 2.1](#)), que se pasan a describir brevemente. En primer lugar, el psicólogo solicitará al paciente los informes clínicos, educativos, sociales, etc., que otro especialista haya

podido realizar de esa persona, ya que son una fuente de información muy importante a la hora de identificar posibles problemas o momentos difíciles que la persona pueda haber vivido o estar viviendo en la actualidad. En segundo lugar, la técnica de exploración inicial, mediante estrategias de observación, conversación y exploración, permite al psicólogo recoger en todo momento información de las principales variables de funcionamiento cognitivo y psicológico (Othmer y Othmer, 2006), como son: apariencia personal, nivel de conciencia, comportamiento psicomotor, atención, concentración, lenguaje, pensamiento, orientación espacio-temporal, memoria, afecto, estado de humor, energía, percepción, contenido del pensamiento, introspección, juicio, funcionamiento psicosocial, sugestionabilidad, pensamiento abstracto e inteligencia. Dada la relevancia de esta técnica, se abordará la exploración inicial en un apartado específico dentro de este capítulo. En tercer lugar, el psicólogo realizará una entrevista al paciente en la que abordará el impacto del posible problema en su vida. En este momento, puede resultar de utilidad incluir en la entrevista estrategias de detección muy generales, para, posteriormente, en el segundo nivel de detección, pasar a emplear técnicas estandarizadas o preguntas de detección más específicas. Por último, el psicólogo valorará el nivel de funcionamiento psicosocial o el estado de salud general de la persona, empleando una técnica estandarizada de detección general, generalmente un autoinforme en forma de cuestionarios o escalas. En el [cuadro 2.1](#) se recogen algunos ejemplos de instrumentos del primer nivel de detección.

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

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

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

Examen cognoscitivo MINI MENTAL (MMSE) (Folstein, Folstein y McHugh, 1975)	Detecta daño cognitivo
Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0 (WHO-DAS 2.0 autoadministrada) (Üstün <i>et al.</i> , 2010)	Nivel de discapacidad

2.1.3. Detección de un área problemática

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

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

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

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

<i>Pruebas estandarizadas (instrumento, autor/es y año de publicación)</i>	<i>Áreas de contenido</i>
Instrumento de detección de la entrevista diagnóstica general (CIDI Screening) (OMS, 1993)	Detecta posibles casos
Instrumento de detección de la entrevista diagnóstica general (CIDI65+ Screening) (Wittchen <i>et al.</i> , 2015)	Detecta posibles casos
Entrevista de detección de trastornos (Vázquez y Muñoz, 2003)	Sintomatología de depresión mayor y distimia; manía; hipomanía; ansiedad generalizada; trastorno de pánico; agorafobia; fobia social; fobia específica; obsesiones; compulsiones; trastorno dismórfico corporal; abuso y dependencia del alcohol; abuso y dependencia de otras drogas; bulimia nerviosa; anorexia nerviosa; trastorno por estrés postraumático; psicosis; sueño; sexuales; adaptativas
Cuestionario breve de salud del paciente-síntomas somáticos (PHQ-15) (Kroenke, Spitzer y Williams, 2002)	Síntomas somáticos
Cuestionario breve de salud del paciente-cribado depresión (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001)	Síntomas de depresión
Cuestionario breve de evaluación del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, 2006)	Trastorno de ansiedad generalizada
Cuestionario breve de salud del paciente-trastorno de pánico (PHQ-PD) (Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2009)	Trastornos de pánico
Cuestionario breve de salud del paciente-cribado depresión y ansiedad (PHQ-4) (Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2009)	Depresión y ansiedad
Medidas de síntomas transversales del nivel 1 del DSM-5 autoevaluadas: adulto (APA, 2014)	Trece dominios psiquiátricos: depresión, ira, manía, ansiedad, síntomas somáticos, ideas suicidas, psicosis, problemas de sueño, memoria, pensamientos y comportamientos repetitivos, disociación, funcionamiento de la personalidad y consumo de sustancias
Escalas de resultados de salud y funcionamiento psicosocial (HoNOS) (Wing, Lelliott y Beevor, 1999)	Problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental
Escalas de evolución para personas mayores de 65 años (HoNOS65+) (Burns <i>et al.</i> , 1999)	Problemas físicos y psicosociales de las personas mayores de sesenta y cinco años que presentan un problema de salud mental

Índice Barthel (Mahoney y Barthel, 1965)	Discapacidad física en personas mayores
Cuestionario de <i>screening</i> de ansiedad (ASQ-15) (Wittchen y Boyer, 1998)	Trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad
Escala de depresión geriátrica (GDS) (Yesavage <i>et al.</i> , 1982)	Depresión en población mayor de sesenta y cinco años
Entrevista de consumo de alcohol CAGE (Hayfield <i>et al.</i> , 1974)	Alcoholismo en población general
SCOFF (<i>sick-control-one-fat-food</i>) (Morgan, Reid y Lacey, 1999)	Trastornos alimentarios

2.2. La exploración inicial

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

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

2.2.1. Objetivos y funciones del primer contacto

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

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

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

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

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

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

Los primeros momentos (dos o tres primeros minutos) de la primera entrevista con

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

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

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

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

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

2.2.2. La exploración inicial

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

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

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

apartados se hace hincapié en la génesis y contraste de hipótesis.

A) Observación

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

En el [cuadro 2.4](#) se recogen las principales variables que considerar mediante la observación directa del paciente en la exploración inicial.

Cuadro 2.4. *Variables que observar en la exploración inicial*

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

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

alimentación, pero es indiscutible que la apariencia resulta en estos casos una fuente de hipótesis muy fiable.

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

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

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

B) Conversación

Se trata de mantener una pequeña conversación informal y sobre temas casuales con

el paciente antes de dar comienzo a la entrevista. Este periodo de acercamiento puede aprovecharse para continuar la observación emprendida anteriormente y, a la vez, 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 solo o acompañado?”, “¿le ha resultado fácil aparcar?”, podemos evaluar la orientación espacio-temporal del paciente, el lenguaje que emplea, el flujo que parece correr su pensamiento, el nivel de atención que demuestra, la concentración que es capaz de mantener, la memoria a corto y largo plazo y el 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 aquella información de la que ya disponemos por su historial previo: fecha en que solicitó la cita, nombre, dirección, teléfono, etc.

En el [cuadro 2.5](#) se resumen los principales procesos que pueden ser evaluados con este método conversacional.

Cuadro 2.5. *Aspectos que evaluar durante una conversación en la exploración inicial*

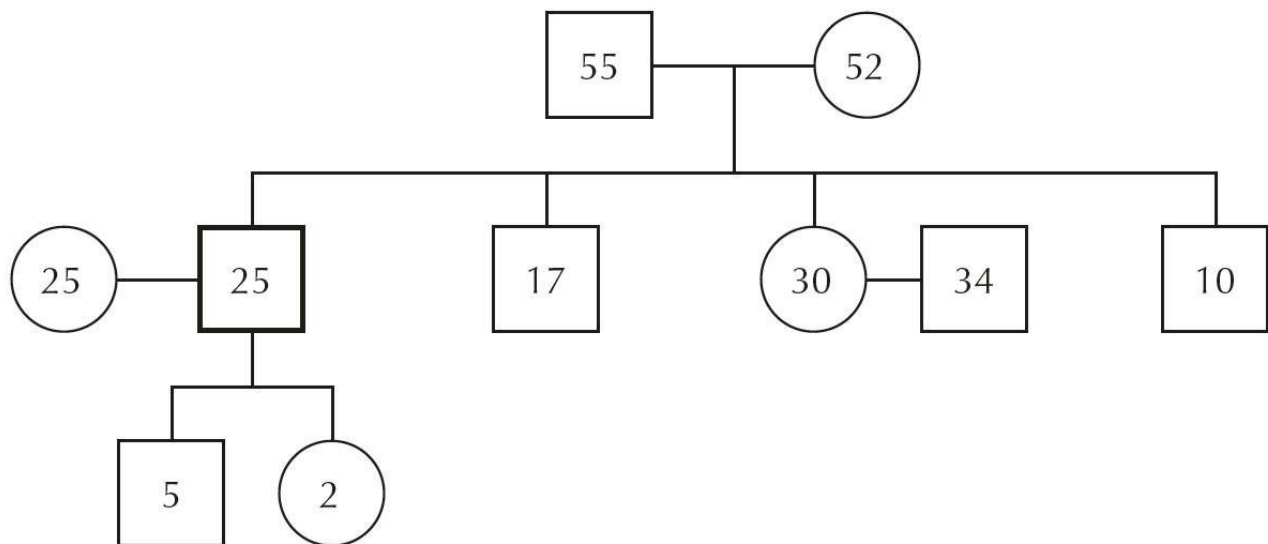
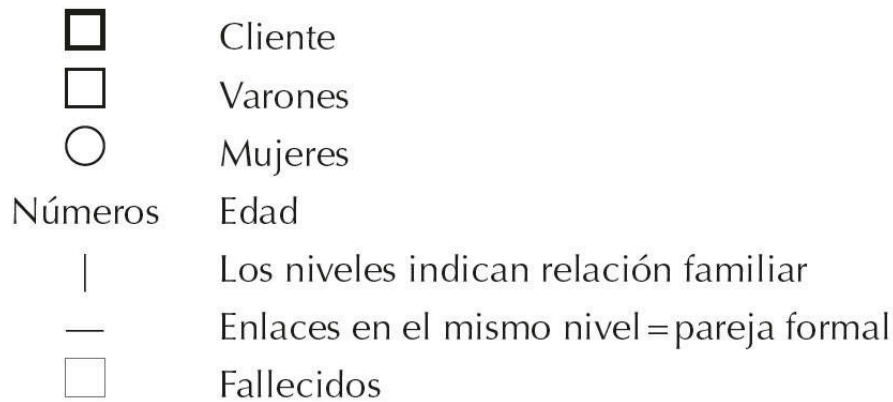
<i>Atención</i>	<i>Lenguaje</i>	<i>Pensamiento</i>	<i>Orientación</i>	<i>Memoria</i>	<i>Áfecto</i>
Atención general, mantenida	Articulación, ritmo, fluidez	Concreto Dispersión	Espacio Tiempo	Corto plazo Largo plazo	Autopercepción Comunicación
Atención focalizada	Palabras, gramática	Capacidad de asociación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

Resulta fácil de 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 la pregunta más específica de “¿sabe usted en qué mes estamos?”

En esta misma línea, y aprovechando la ocasión para ir avanzando en la recogida de información, este 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. Puede ser un buen momento, pues, para realizar el genograma de la persona. La realización del genograma, 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 la realización del genograma, nosotros hemos optado por una simplificada, que aparece en el [cuadro 2.6](#).

Cuadro 2.6. *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 5 (varón) y de 2 (mujer). Sus padres tienen 55 (padre) y 52 (madre) años, y ha tenido 3 hermanos de los que 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.

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

De esta forma, el psicólogo debe disponer de un arsenal de preguntas aparentemente triviales que puedan aportar información sobre las características que evaluar. En cada caso habrá que ir decidiendo sobre la marcha cuáles utilizar y cuáles no resultan

necesarias, cuáles se ajustan más al paciente y a la situación concretas, y cuáles podrían ser inadecuadas o inspirar suspicacia o desconfianza en el paciente. Sin embargo, independientemente de las preguntas utilizadas, la habilidad básica sigue siendo la observación del comportamiento del otro y la generación de hipótesis al respecto.

C) Exploración

Una vez realizada una observación sistemática que incluya 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 pueda requerir nuestra atención antes de continuar con la entrevista. De esta forma, pueden presentarse distintas alternativas que se resumen en el [cuadro 2.7](#).

Cuadro 2.7. *Situaciones que influyen en la toma de decisiones al inicio de la entrevista*

<i>Situación</i>	<i>Decisión</i>
El paciente presenta algún problema que requiere atención inmediata, p. ej., sufre un ataque de pánico	Atención clínica inmediata (urgencias)
El paciente presenta déficits permanentes que impiden o desaconsejan la utilidad de la entrevista, p. ej., retraso mental severo, 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 debido a la ansiedad, estado de ánimo problemático...	Realizar pruebas de exploración antes de iniciar 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, depresivos...	Iniciar propiamente la entrevista

El cuadro presentado no pretende ni mucho menos ser exhaustivo, sino una muestra sencilla del tipo de situaciones y 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 debe 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 incapaciten para llevar a cabo algún tipo de trabajo terapéutico. Si es posible, podemos aplazar la entrevista en el mismo día o cambiarla, sin más, de fecha.

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

Sin 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. Este es el tipo de situaciones en el que la exploración y el uso de test concretos puede resultar de máxima utilidad. Los 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 y, generalmente, este tipo de problemas será merecedor de una evaluación más específica.
- En la misma línea del punto anterior, deben explorarse el flujo y el contenido del pensamiento del paciente. Pueden identificarse aceleraciones del pensamiento o enlentecimiento del mismo, 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, aquellos aspectos especialmente problemáticos o indicadores de problemas. Pueden destacarse las tendencias suicidas y homicidas, las ideas delirantes (depresivas, grandeza, etc.), las ideas sobrevaloradas, las obsesiones, las

ideas irracionales, etc. Este tipo de ideas deben ser buscadas durante toda la entrevista de evaluación, pero, el identificarlas inicialmente, puede ayudarnos a avanzar de forma más rápida en el proceso de EPC.

- La capacidad de introspección que demuestre la persona, y muy especialmente la conciencia de enfermedad que tenga en el momento de la entrevista, va a influir 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 de la propia enfermedad o trastorno. En algunos tipos de problemas, este nivel es muy bajo y un objetivo de la intervención será el de aumentarlo. Para ello es necesario disponer de preguntas adecuadas en los momentos iniciales de la evolución acerca del nivel de conciencia sobre el propio problema que sufre la persona. Generalmente, algunas preguntas sencillas pueden aportar mucha información relevante al respecto: “¿Qué piensa usted sobre...? ¿Considera usted que es normal en su caso...? ¿Piensa usted que alguien puede ayudarle con ese problema?”
- Mención especial puede tener la valoración de la capacidad de juicio transitoria o crónica que presenta el paciente al acudir a la consulta. 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 las leyes físicas: “¿Por qué se hace de noche?”, o sociales básicas: “¿Para qué sirve la policía?”, o para aquellas 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. Este tipo de problemas pueden requerir la utilización de pruebas breves pero específicas (test) de funcionamiento cognitivo. Un buen ejemplo de este tipo de pruebas es el miniexamen del estado mental (*Mini-mental State Examination*, Folstein, Folstein y McHugh, 1975). Otras pruebas sencillas para su uso durante la exploración inicial pueden encontrarse en el manual mencionado de Othmer y Othmer (1995).

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

El mejor ejemplo de prueba estandarizada para evaluar de forma sencilla y rápida la capacidad cognitiva y el estado mental en términos generales es sin duda el miniexamen del Estado Mental o *Mini-mental* desarrollado por el equipo de Folstein a mediados de

los años setenta del pasado siglo XX (Folstein, Folstein y McHugh, 1975). El *Mini-mental* se diseñó como prueba de detección para utilizar ante posibles problemas intelectuales y cognitivos, especialmente los relacionados con los síndromes orgánico cerebrales, pero presentes también en otros trastornos (Folstein, Folstein y McHugh, 1975). Existe una traducción y adaptación de la prueba a poblaciones españolas, llevada a cabo por A. Lobo y J. Ezquerro en 1979 y actualizada en 2002 (Lobo, Saz, Marcos, *et al.*, 2002). La versión original es un test que reúne 30 preguntas sencillas que sirven para explorar los principales procesos básicos: orientación espacio-temporal, memoria, lenguaje, comprensión, seguimiento de instrucciones y funcionamiento cognitivo general. Su aplicación no lleva más de cinco minutos 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 llegando 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 *Mini-mental* es la prueba más frecuentemente utilizada como detección (*Screening*) de los déficits cognitivos. Se ha utilizado 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. Aunque, desde luego, no debe confundirse con una prueba diagnóstica, ya que ofrece solamente una indicación inicial de posibles problemas.

En los recursos para la evaluación (capítulo 8), el lector puede consultar la versión incluida en la entrevista CIDI65+ (Wittchen *et al.*, 2015) del *Mini-mental* (Folstein, Folstein y McHugh, 1975). Se han desarrollado múltiples versiones y formas de corrección del mismo, pero para la mayoría de los autores la versión inicial sigue siendo la más completa y la que ha reunido una 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.

2.2.4. Motivo de consulta

Una vez finalizada la fase de exploración inicial y tomada la decisión de continuar el proceso de EPC con la entrevista inicial al paciente, se llega al momento de plantear propiamente la primera pregunta de la misma. Normalmente, no han 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, en 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.

Todas las personas, cuando acuden a la consulta, 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 uno o dos minutos) y viene a reflejar el problema principal del paciente tal y como él mismo lo ve. Es mejor utilizar preguntas abiertas y muy generales de inicio y, posteriormente, después de la primera respuesta, dejar un silencio o realizar verbalizaciones mínimas (aja, uhu, umm...) o preguntar:

“¿Le preocupa algo más?”

“¿Quiere decir algo más al respecto?”

La respuesta a esta segunda pregunta suele 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, debemos interferir lo menos posible en el lenguaje con el que se expresa, puesto que el tipo de lenguaje utilizado para explicar su problema aporta

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

2.3. Caso clínico

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

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

Datos del cuestionario de admisión y primera entrevista

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

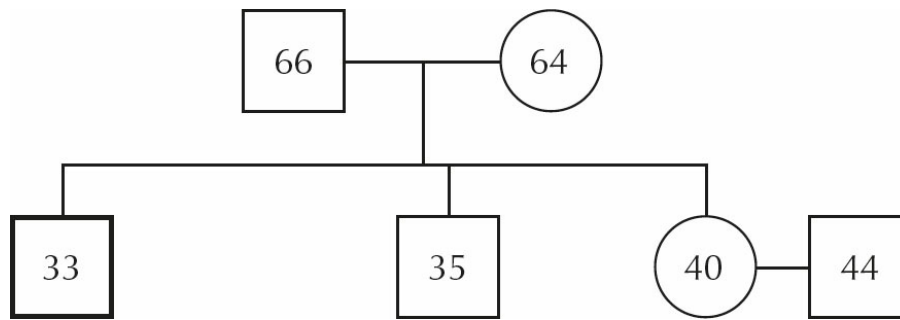


Figura 2.2. Genograma del paciente del caso clínico.

Anakin acude solo a la primera consulta, presenta un arreglo personal algo descuidado, ropa correcta, pero con apariencia de *algo pasada de moda*; contacto ocular difícil, mirada baja y huidiza; saludo muy formal, quizás excesivamente formal. Estado de conciencia alerta y pendiente de cualquier comentario, movimiento u observación del terapeuta. Tras la exploración inicial, no se juzgó necesario utilizar el *Mini-mental*, ni ninguna otra prueba de detección específica.

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

Para el paciente, los objetivos ideales del tratamiento son dos:

- Ser más feliz.
- Ser más inteligente.

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

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

3

Evaluación para el diagnóstico

Frecuentemente, la labor diagnóstica se encuentra insertada en el proceso más amplio de la evaluación psicológica clínica (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 este.

En el presente capítulo se revisan brevemente las relaciones existentes entre los sistemas diagnósticos y el proceso de EPC, se introducen perspectivas alternativas (como el enfoque transdiagnóstico y el modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología), se comentan las principales estrategias diagnósticas propuestas hasta el momento: cuestionarios, entrevistas estructuradas y semiestructuradas, y se abordan en cierto detalle solamente aquellas que pueden ofrecer una mayor utilidad en el enfoque clínico de los casos. Finalmente, se comenta someramente la posibilidad, más frecuente, de llevar a cabo el diagnóstico durante el proceso de EPC.

3.1. El diagnóstico en el proceso de evaluación clínica

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

El campo del diagnóstico y la evaluación clínica de los trastornos mentales se ha transformado muy rápidamente desde los años noventa del siglo pasado hasta el momento actual, y ha llegado a cambiar completamente el panorama y las posturas que eran habituales desde finales del siglo XIX hasta los años ochenta del XX. En esta línea, la

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

La EPC puede definirse como el proceso de evaluación y medida de aquellos factores psicológicos, biológicos y sociales y sus relaciones en una persona, o grupo de personas, con posibles trastornos psicológicos, mientras que *diagnóstico* es el proceso por el cual se determina si los problemas que afectan a una persona cumplen todos los criterios de un trastorno psicológico, criterios especificados en las clasificaciones diagnósticas al uso (DSM-5; CIE-11). De esta manera, se conceptúa el diagnóstico como un aspecto del proceso global de EPC, es decir, la EPC engloba al diagnóstico como una de sus tareas y posibilidades de actuación. Si bien ambos procesos pueden mantenerse independientes en el sentido de que puede existir diagnóstico sin EPC y viceversa, la interacción entre ambos resulta enriquecedora y ayuda a hacer converger las posiciones estructuralistas y funcionalistas en una visión integradora.

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

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

obviamente).

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

A) Los acercamientos categoriales

Los acercamientos *categoriales* a la nosología provienen de la psiquiatría más clásica, como son los trabajos de Emil Kraepelin, que en su *Compendium de psiquiatría* de 1883, publicado en Leipzig, ya describía síndromes categoriales, y la tradición biologicista. Se asume que cada trastorno tiene una causa biológica inicialmente, aunque las perspectivas posteriores pueden llegar a admitir otros tipos de causas relacionadas con la cultura o aspectos diversos del aprendizaje. Lo común en este acercamiento es que todos los trastornos se consideren distintos entre sí y perfectamente diferenciados unos de otros (debido a que tienen causas distintas).

B) Los acercamientos dimensionales

El acercamiento *dimensional* nos sitúa en la posibilidad de evaluar los comportamientos, cogniciones o afectos en dimensiones más o menos básicas y generalmente numéricas. Más que categorías se identifican perfiles para cada trastorno. Son enfoques que nacen con el desarrollo de los test psicométricos, y buenos ejemplos pueden ser los propuestos alrededor del MMPI o los iniciados por Theodore Millon en su prueba MPCÍ.

C) Los acercamientos prototípicos

Estos acercamientos parten del reconocimiento de la gran variabilidad y los principios de multicausalidad del comportamiento humano. De esta forma, se pueden identificar ciertas características esenciales en cada trastorno y algunas otras que pueden aparecer, pero no resultan esenciales. Este no es el enfoque perfecto para definir los trastornos psicológicos, pero, realmente, parece el más útil en el momento actual del conocimiento y ha sido el elegido para diseñar los DSM a partir de su tercera edición, es el empleado en el actual DSM-5. De este modo, en cada trastorno podrá existir un grupo de criterios básicos (de cumplimiento obligatorio) y otro grupo de criterios optativos, de los que cada caso puede presentar algunos, pero no todos necesariamente, que configuran el prototipo de trastorno. Esta perspectiva facilita enormemente la conjugación de categorías diagnósticas nomotéticas y aplicaciones diagnósticas idiográficas que permiten personalizar la evaluación mientras se mantiene una referencia global.

Aunque no exento de críticas, las ventajas que ha añadido la adopción de este tipo

de sistemas por parte de la comunidad científica relacionada con la salud mental han sido muy importantes. En el [cuadro 3.1](#) se recogen algunas de las más relevantes.

Como puede concluirse de la observación del [cuadro 3.1](#), el balance entre ventajas y limitaciones favorece mucho el empleo de las categorías diagnósticas en el proceso de EPC. El nivel de acuerdo y comunicación alcanzado entre profesionales al utilizar las clasificaciones DSM-5 y CIE-11 es más alto que el alcanzado mediante cualquier otro método anterior, incluso entre evaluadores con formación académica y enfoque teórico similares. Los avances de la investigación epidemiológica ocurridos gracias a la utilización de estas categorías diagnósticas e instrumentos estandarizados de diagnóstico son evidentes en los estudios ECA (Kessler *et al.*, 1994), ESEMED (Alonso *et al.*, 2004), WHO (Kessler y Ustun, 2008) o MentDis_ICF65+ (Andreas *et al.*, 2017), y en las comparaciones transculturales que se posibilitan gracias a los instrumentos derivados de estas clasificaciones. En este sentido, nuestro propio grupo de investigación ha sido pionero en esta línea de trabajo al colaborar con grupos de la RAND Corporation de Los Ángeles y el Research Triangle Institute de Washington D.C. en la comparación, incluso ítem a ítem, de datos epidemiológicos en personas sin hogar provenientes de este tipo de instrumentos (Muñoz, Vázquez, Koegel, Sanz y Burnam, 1998; Muñoz, Koegel, Vázquez, Sanz y Burman, 2002; Vázquez, Muñoz, Crespo, Guisado y Dennis, 2003). Más recientemente, nuestro grupo de investigación ha formado parte del Proyecto Europeo MentDis_ICF65+, que es un estudio epidemiológico acerca de los trastornos mentales en las personas mayores de entre sesenta y cinco y ochenta y cuatro años en distintas ciudades europeas, incluyendo la Comunidad de Madrid (Andreas *et al.*, 2013, 2017; Ausín *et al.*, 2017; Canuto *et al.*, 2018; Muñoz *et al.*, 2018; Volkert *et al.*, 2017, 2018). Como fase inicial a la recogida de datos, llevamos a cabo la adaptación de la reconocida entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI) (Wittchen, 1994) a las necesidades de las personas mayores de sesenta y cinco años, y se desarrolla la CIDI para personas mayores de sesenta y cinco años (CIDI65+) (Wittchen *et al.*, 2015). Del mismo modo, la identificación de un trastorno y su definición sobre criterios descriptivos han permitido enfocar los fondos de investigación en direcciones concretas. Esto ha redundado en la acumulación de información sobre distintos problemas, y ha dado lugar a auténticas *revoluciones* en algunos ámbitos, por ejemplo, en los trastornos de pánico o en los de estrés postraumático en los que los desarrollos de los últimos años han sido realmente espectaculares.

Cuadro 3.1. *Ventajas y limitaciones de las clasificaciones prototípicas en psicopatología*

<i>Clasificaciones nosológicas prototípicas (DSM-5)</i>	
<i>Ventajas</i>	<i>Limitaciones</i>
• Facilitación de la comunicación entre profesionales • Encuadre de la investigación epidemiológica	• Dificultad en la graduación de un trastorno • Falta de teoría

• Encuadre de la investigación clínica (psicopatología, evaluación y tratamientos) • Facilita la búsqueda de información en las bases de datos científicas • Sistematización y guía heurística de evaluación y tratamientos • Ayuda a la formulación clínica • Facilita la comparación de la efectividad de distintos tratamientos en el mismo trastorno • Posibilidad de agregar criterios dimensionales a los trastornos	• Poca claridad en los casos difíciles • Dobles o triples diagnósticos (comorbilidad) • Posible psiquiatrización de algunos problemas (p. ej., problemas de relaciones personales) • Puede conllevar un estigma social, estigma internalizado por tener un trastorno mental y estigma en los profesionales
-

Por otra parte, esta misma conjunción de clasificación y descripción ha facilitado la línea de trabajo acerca de la acumulación de evidencia empírica sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos que ha venido desarrollando la APA desde los años noventa del siglo XX (criterios diagnósticos-manual de tratamiento-estudios de eficacia). Se ha ayudado, de esta forma, a la investigación clínica y a la práctica cotidiana, al servir el diagnóstico como guía para la selección de tratamientos psicológicos. Por último, un punto especialmente relevante es el de la posible conjunción entre enfoques estructuralistas y funcionales al posibilitarse la cooperación entre las estrategias diagnósticas y las de formulación clínica. Más adelante, en los capítulos dedicados a la evaluación para el tratamiento, se retomará este punto en cierto detalle, sin embargo, pueden adelantarse algunas implicaciones. Al especificarse los criterios diagnósticos de forma mucho más descriptiva y al iniciarse una acumulación de evidencia relativa a la aparición conjunta (covariación) de esos criterios en configuraciones que denominamos trastornos, se facilita enormemente la identificación por parte del evaluador de los problemas del paciente que, generalmente, tienen un alto nivel de coincidencia con las listas de criterios de cada trastorno. Los modelos teóricos propuestos para la explicación de los distintos cuadros ofrecen una ayuda muy importante a la formulación clínica y sirven de guía y contraste de la misma. Las implicaciones en la calidad de la EPC que esto conlleva se analizarán en su momento, pero son muy importantes, especialmente en cuanto a fiabilidad, validez de contenido y estrategias correlacionales de contraste de hipótesis de formulación (validez de constructo).

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

3.2. Sistemas de diagnóstico actuales

Como hemos señalado en páginas anteriores, los criterios especificados en las clasificaciones diagnósticas al uso (DSM-5; CIE-11) son los que, hasta hace pocos años, han dirigido al psicólogo a la hora de determinar si los problemas que afectan a una persona cumplen todos los criterios de un trastorno psicológico. En las siguientes páginas se describirán brevemente tanto el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) como la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE). Decimos que estas dos clasificaciones han dirigido el criterio de los profesionales hasta hace pocos años, porque, en los últimos años, varias perspectivas diagnósticas alternativas están obteniendo evidencia de su utilidad clínica. En esta línea, la *perspectiva de redes de síntomas en psicopatología*, propuesta por Borsboom (2017), cuestiona el hecho de que los criterios diagnósticos dentro de un mismo trastorno mental sean independientes unos de otros. Las variables que siempre se han considerado como indicadores de variables latentes deben ser tomadas como variables causales autónomas en una red de sistemas dinámicos. Por ejemplo, los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor (DSM-5) recogen síntomas como insomnio, fatiga y disminución de la capacidad para concentrarse. En los estudios empíricos, las puntuaciones que obtiene una persona en cada uno de estos síntomas se suman de tal manera que se obtiene una puntuación total, que sirve de medida de depresión. Esta forma de diagnosticar ignora la presencia de relaciones directas entre síntomas. Por ejemplo, la falta de sueño causa fatiga y esta fatiga lleva a los problemas de concentración. Esta relación entre variables, que no son necesariamente síntomas, se realiza en el eje de formulación de casos, que abordaremos en el [capítulo 5](#). Borsboom (2017) establece una clara diferencia entre una enfermedad y un trastorno mental. Una enfermedad presupone una etiología conocida (por lo que los síntomas son consecuencia de una causa común), mientras que un trastorno mental hace referencia a una constelación sindrómica de síntomas que permanecen empíricamente unidos, de tal manera que los síntomas se causan unos a otros. Es decir, los síntomas constituyen el trastorno y forman una red que interrelaciona a unos con otros, de tal forma que los síntomas, como se ha señalado, no son consecuencia de un trastorno mental subyacente.

Otra perspectiva alternativa a los sistemas diagnósticos prototípicos es el proyecto RDoC (*Research Domain Criteria Project*) del NIMH (*National Institute of Mental Health*) (Cuthbert, 2014; Cuthbert y Insel, 2013; Insel, 2014, entre otros). El RDoC no es un sistema diagnóstico, sino un marco para organizar la investigación y el estudio de las clasificaciones diagnósticas. De manera similar a la perspectiva de redes de síntomas, RDoC señala que la mayoría de los fenotipos clínicamente definidos en el DSM son etiológicamente muy heterogéneos. Esta perspectiva concluye que la mayor parte de los fenotipos clínicos son dimensionales.

En esta misma línea de cuestionar la utilidad de las categorías diagnósticas al uso, y de proponer protocolos de intervención que no se basen en diagnósticos, destacan por su solidez empírica el *enfoque transdiagnóstico* y los *modelos de clasificaciones jerárquicas de la psicopatología*, que se abordarán en estas páginas.

3.2.1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)

En el año 1980 cambió el panorama sobre el diagnóstico nosológico con la publicación del DSM-III de la *American Psychiatric Association*, liderado por Robert Spitzer y publicado en Washington por la APA en 1980. Se hizo un esfuerzo por fijar descripciones específicas de cada trastorno incluido, y se intentó eliminar, en la medida de lo posible, todas las referencias a modelos teóricos que habían dividido hasta entonces el área. Se especificaron los criterios diagnósticos para cada trastorno en listas que permitieron aumentar los niveles de fiabilidad y validez de la clasificación. Se propuso la utilización de cinco ejes, alguno de ellos dimensional.

A pesar del esfuerzo y avance que supuso la publicación del DSM-III, enseguida comenzó a hacerse evidente que sería necesario reformularlo para superar algunos problemas muy evidentes que incluso la revisión del DSM-III en el DSM-III-R, publicado de nuevo en Washington por la APA en 1987, no consiguió superar. Entre los principales problemas de aquella versión se encontraban: la existencia de categorías con bajos niveles de fiabilidad y validez (trastornos somatoformes o trastornos de personalidad); algunos trastornos excesivamente difíciles en su diagnóstico (por ejemplo, ansiedad generalizada o fobia simple); ambas versiones tenían un escaso carácter transcultural. A pesar de todo lo anterior, el aspecto crítico fundamental provino de la forma de redacción de la clasificación, con comisiones de trabajo sobre cada grupo de trastornos en las que las decisiones se tomaban mediante consenso o mayoría por votación. Este método parecía reflejar mejor la estructura de poder de la APA que la realidad psicopatológica de los pacientes. Desde luego, no parecía el mejor sistema para elaborar una clasificación de este tipo.

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

- La eliminación de las diferencias entre trastornos biológicos y psicológicos y la aceptación de la multicausalidad biopsicosocial de los trastornos mentales.
- La reformulación de algunos trastornos incluidos en el eje I.
- La simplificación del eje II.

- La clarificación y especificación de los estresores psicosociales y ambientales en el eje IV.
- La propuesta de ejes opcionales: mecanismos de defensa o estrategias de afrontamiento, funcionamiento sociolaboral y funcionamiento en las relaciones personales.
- La consideración de aspectos transculturales que pueden influir en el diagnóstico.

La versión DSM-IV-TR (APA, 2000) consistió en una revisión del texto para corregir errores y ajustarlo a los requerimientos políticos y científicos del momento. Aunque el texto aumenta cincuenta páginas sobre el DSM-IV, los cambios no resultan demasiado importantes. Considerando que los psicólogos lectores de este manual es muy probable que se encuentren con informes de sus pacientes que todavía incluyan el DSM-IV-TR como sistema de clasificación, parece razonable incluir un breve resumen de sus cinco ejes:

1. Eje I: Trastornos clínicos.
2. Eje II: Trastornos de la personalidad y retraso mental.
3. Eje III: Enfermedades médicas.
4. Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.
5. Eje V: Evaluación de la actividad global a través de la escala de evaluación del funcionamiento global, que se puntúa de 0 a 100, donde las puntuaciones más cercanas a 100 significan mejor actividad global y funcionamiento psicosocial.

Por su parte, la quinta edición publicada en 2013, el DSM-5, posiblemente represente el cambio más importante desde la aparición del DSM-III. Esta nueva clasificación se propuso incorporar la influencia del desarrollo, la cultura y el género en la presentación de los trastornos mentales. Como señalábamos, son numerosas las modificaciones que incorpora esta quinta edición, y mencionamos a continuación las que consideramos más relevantes, muchas de ellas señaladas en el propio manual DSM-5 (APA, 2013) y otras aportadas por autores como Sandín (2013) y Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2014).

Un cambio fácil de observar se encuentra en el propio título “DSM-5”, en el que se utiliza un número arábigo en lugar de un número romano, como se empleó en las ediciones previas. Esta modificación facilitará la denominación de las futuras versiones DSM-5 revisadas (DSM-5.1, DSM-5.2, etc.) que se realicen previas a una revisión completa.

A nivel *estructural y organizativo*, se elimina el *sistema multiaxial* y se reorganizan los capítulos del manual. Se colocan en un mismo nivel los anteriores ejes I, II y III, y se agregan anotaciones separadas para consignar los factores psicosociales (antes eje IV) y el nivel de funcionamiento (antes eje V). Los capítulos se ordenan siguiendo la *secuencia de las etapas del desarrollo* a lo largo de la vida, primero los trastornos típicamente diagnosticados en la infancia, después los que aparecen en la adolescencia, y

por último, los de la etapa adulta y edad avanzada. Como medida alternativa del antiguo EEAG, incluyen el cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la OMS 2.0 (WHO-DAS 2.0 autoadministrada) (OMS, 2010).

Como señalábamos en páginas anteriores, si bien el DSM-5 se basa en el modelo categorial, han realizado un esfuerzo por incorporar un *enfoque más dimensional*, al incluir medidas de gravedad de los síntomas en algunos de los trastornos y las medidas de síntomas transversales (se incluye un ejemplo de esta última medida en el capítulo 8 en los recursos para la evaluación).

Tanto el *número de trastornos* como su denominación y criterios diagnósticos han sufrido modificaciones que no vamos a señalar detalladamente trastorno por trastorno, ya que el lector puede fácilmente acceder a dicha clasificación. Sí que resulta llamativo en este sentido, y numerosas críticas se han vertido sobre esta nueva versión del DSM, que el número de enfermedades haya pasado de 106 (en el DSM-I de 1952) a 216 en el DSM-5. El número de trastornos no especificados en el DSM-5 es de 73 y en el DSM-IV era de 49. Estas modificaciones tan drásticas quizás hablen de la dificultad que tienen las clasificaciones prototípicas para describir los comportamientos de las personas y buscan acotarlos dentro de una etiqueta diagnóstica. Los trastornos no especificados pretenden salvar esa dificultad, pero a la vez suponen un riesgo de sobrediagnosticar a las personas, ya que pueden volverse trastornos *cajón desastre*. En nuestra opinión, las perspectivas diagnósticas alternativas, como el enfoque transdiagnóstico y el modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología, pueden salvar los inconvenientes de los sistemas prototípicos y constituirse como herramientas de evaluación y tratamiento con evidencia empírica.

Algunos trastornos han sufrido modificaciones que merece la pena comentar, como es el caso del autismo y el síndrome de asperger, que aparecen en el DSM-5 unidos bajo el epígrafe trastornos del espectro autista; o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que se ha modificado para poder ser diagnosticado en la etapa adulta; o los trastornos de ansiedad, que ya no recogen el trastorno obsesivo-compulsivo, ni el trastorno de estrés postraumático, que aparecen ahora como entidades diagnósticas independientes.

También se incorporan *nuevos trastornos* como el trastorno de excoiación; el trastorno por atracón, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno neurocognitivo leve; o el trastorno de acumulación. Muy controvertido es el hecho de que el duelo no excluye el diagnóstico de depresión mayor en el DSM-5. Por último y por fin, la transexualidad deja de considerarse un trastorno mental.

El DSM-5 generó gran controversia en la comunidad científica, sobre todo en los años anteriores a su publicación definitiva. El debate generado ha llevado a cuestionarse incluso la utilidad de las clasificaciones diagnósticas prototípicas. En una entrevista realizada por la redacción de Infocop a Geoffrey M. Reed, director de la CIE-11, en abril de 2012, este señalaba que algunos nuevos trastornos incluidos en el DSM-5, como el síndrome de síntomas psicóticos atenuados, el trastorno neurocognitivo leve y la eliminación de la exclusión del duelo para el diagnóstico de depresión mayor, conllevan

una mayor frecuencia de diagnóstico, lo que favorece a las farmacéuticas, que fabricarán y venderán mayor cantidad de psicofármacos. Añade Reed en la entrevista que, si el dinero público empleado para la salud mental se desvía a estos nuevos trastornos tan comunes, se corre el riesgo de no contar con recursos suficientes para otros trastornos mentales más graves que sí cuentan con tratamientos eficaces. El director de la CIE-11 señala una alarma sanitaria, y es que, como consecuencia de esta sobremedicalización de problemas que no llegan a ser trastornos mentales y que no necesitan medicación, muchas personas sufrirán los efectos secundarios potencialmente graves de estos fármacos. Por último, dado que el DSM-5 conllevará un sobrediagnóstico y los estudios de prevalencia comenzarán a señalar unas tasas de trastorno mental en la población muy altas, muchos países podrán pensar que la salud mental es un ámbito muy complicado de abordar y dejarán de considerar la salud mental como una prioridad.

Siguiendo con esta línea de posturas críticas al DSM-5, en octubre de 2012 la División 32 de la APA (*American Psychological Association*), dirigió a la *American Psychiatric Association* una “carta abierta al DSM-5”, en la que enumeraba los principales problemas asociados a los cambios incluidos en el DSM-5, además de solicitar que este sistema diagnóstico se modificara y fuera evaluado por una comisión externa. Más de catorce mil profesionales de cincuenta organizaciones de salud mental firmaron esta carta. Finalmente, no se logró la revisión del borrador por parte de la *American Psychiatric Association*. Ante esta negativa a ser revisado, la División 32 de la APA elaboró una “declaración pública de preocupación por la próxima publicación del DSM-5” para difundir entre la población general las limitaciones del DSM-5. La APA decide recomendar la CIE-10 (hasta que la CIE-11 sea oficial) y oferta cursos de formación en su uso.

3.2.2. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE)

La primera edición de una clasificación internacional, conocida como la lista internacional de causas de muerte, fue adoptada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS fue la encargada de desarrollar la CIE en 1948 y publicó su sexta edición, que incluía por primera vez el concepto de morbilidad. El Reglamento de la Nomenclatura de la OMS, adoptado en 1967, estipulaba que los Estados miembros utilizarían la revisión más reciente de la CIE para las estadísticas de mortalidad y morbilidad. Desde entonces, la CIE se ha revisado y publicado en una serie de ediciones para dar respuesta a los avances logrados por las ciencias de la salud a lo largo del tiempo.

La CIE-10 fue aprobada en mayo de 1990 por la 43.^a Asamblea Mundial de la Salud. La OMS publica el listado de trastornos clínicos mentales y conductuales en 1992 y propone una visión en tres ejes en 1997 (CIE-10):

1. Eje I: Diagnósticos clínicos.
2. Eje II: Discapacidades (cuidado personal, ocupación; familia y vivienda; contexto social).
3. Eje III: Factores del contexto.

Tras diez años de revisión de la versión CIE-10, se publica la CIE-11, que es una versión íntegramente electrónica que mejora, sustancialmente, la versión anterior y que sigue el principio de utilidad clínica. En su proceso de desarrollo se contó con diez mil ideas y propuestas para su revisión, e implicaba a treinta y un países en el trabajo empírico y a 1673 profesionales. El 18 de junio de 2018, la OMS lanza el borrador provisional de la undécima edición de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-11) para que todos los Estados miembros pudieran organizar el plan de implementación de su uso. La CIE-11 se presentó en mayo de 2019 en la Asamblea Mundial de la Salud para que los Estados miembros la adoptaran, y entra en vigor el 1 de enero de 2022.

La OMS señala las siguientes mejoras incluidas en la CIE-11:

- La CIE-11 se adapta a las necesidades de múltiples usuarios a la hora de recoger, informar y analizar información sobre la salud.
- Se mejora y facilita su uso, y se aportan más detalles clínicos con menor tiempo de entrenamiento.
- Contenido científico actualizado.
- Permite codificar todos los detalles clínicos.
- Facilita la *e-health* o e-salud al poder usarse en entornos electrónicos.
- Está vinculada a otras clasificaciones y terminologías importantes.
- Soporte multilingüe completo (traducciones y *outputs*).

La CIE-11 incluye también novedades en el capítulo sobre trastornos mentales y conductuales. En cuanto a la clasificación de síntomas para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, la CIE-11 propone una nueva forma de categorizar a las personas con síntomas psicóticos en función de seis dominios principales, con indicadores de presencia y gravedad.

Por otro lado, la transexualidad deja de considerarse un trastorno mental o desorden de la identidad de género. Otro cambio muy relevante es que se incluye por primera vez el trastorno por videojuegos dentro de los trastornos debidos a comportamientos adictivos. Respecto a los trastornos por uso de sustancias, la CIE-11 incluye los diferentes patrones de consumo nocivo, desde episodios recurrentes hasta continuos, simplificando las pautas de diagnóstico para la dependencia de sustancias. Por último, la CIE-11 actualiza los criterios de diagnóstico del autismo. Al igual que el DSM-5, recoge una única categoría, el *trastorno del espectro del autismo*, que engloba el autismo, el síndrome de asperger, el trastorno desintegrativo infantil y otros trastornos generalizados del desarrollo no especificados.

La CIE es la clasificación de la OMS, por lo que debería ser la más utilizada de manera generalizada a nivel mundial, más que la clasificación DSM, que es americana y construida desde la APA psiquiátrica. Los datos evidencian lo contrario. Evans *et al.* (2013) llevaron a cabo el estudio WHO-IUPsyS Global Survey, que examinó los puntos de vista y las prácticas de los psicólogos con respecto a los sistemas de clasificación diagnóstica para los trastornos mentales y del comportamiento, para contar con esta información en el desarrollo de la CIE-11 por parte de la OMS. La OMS y la Unión Internacional de Ciencias Psicológicas (IUPsyS) realizaron una encuesta multilingüe a 2155 psicólogos de veintitrés países. El 60 % de los psicólogos decían que, generalmente, utilizaban de manera rutinaria un sistema de clasificación diagnóstica, y era la CIE-10 la que se empleaba en el 25 % de los casos, frente al DSM-IV, que se empleó en el 75 % de los casos. Si se analizan las diferencias entre continentes, en África emplean la CIE-10 el 38,3 % y el DSM-IV el 75,5 %; en Asia la CIE-10 el 38,5 % y el DSM-IV el 57,3 %; en Europa la CIE-10 el 62,9 % y el DSM-IV el 33,3 %; y, finalmente, en EE. UU., la CIE-10 el 1 % y el DSM-IV el 93,9 %.

Al preguntar a los psicólogos por la utilidad de este tipo de clasificaciones diagnósticas, estos consideraron que eran útiles, sobre todo, para orientar los tratamientos a seguir y la toma de decisiones (39,3 %) y para comunicarse entre clínicos (33,6 %). Los psicólogos evaluaron favorablemente la mayoría de las categorías diagnósticas, pero identificaron una serie de diagnósticos problemáticos. Además, la mayoría de los psicólogos de fuera de los Estado Unidos y Europa consideraban la dificultad de aplicar estas clasificaciones en sus culturas.

Una de las voces más críticas hacia el DSM y defensor de la CIE es el psicólogo de la OMS Geoffrey Reed. En octubre de 2009, la APA publica en su web una entrevista realizada a Reed en la que se le pregunta acerca de las diferencias entre las clasificaciones CIE y DSM, y su opinión sobre ellas. Reed enumera las siguientes diferencias:

- La CIE la desarrolla una organización de salud global, con una misión constitucional de salud pública, mientras que el DSM la desarrolla una sola asociación profesional nacional.
- El enfoque principal de la OMS para la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento es ayudar a los países a reducir la carga de enfermedad de los trastornos mentales. El desarrollo de CIE es global, multidisciplinar y multilingüe. En cambio, los que constituyen el DSM son los psiquiatras estadounidenses.
- La CIE se aprueba por la Asamblea Mundial de la Salud, compuesta por los ministros de sanidad de los 193 países miembros de la OMS. El DSM es aprobado por la asamblea de la Asociación Americana de Psiquiatría, un grupo muy parecido al Consejo de Representantes de la APA.
- La CIE se distribuye de la manera más amplia posible a muy bajo costo, con importantes descuentos para los países de bajos ingresos, y está disponible de forma gratuita en internet. El DSM genera una parte muy importante de los

ingresos de la Asociación Americana de Psiquiatría no solo de las ventas del libro en sí, sino también de productos relacionados y permisos de derechos de autor para libros y artículos científicos.

Reed afirma que ambos sistemas diagnósticos pueden convivir en el tiempo y señala que “el DSM todavía cumple un papel, porque contiene mucha información adicional que nunca formará parte de la CIE. En el futuro, el DSM tendrá que verse como un importante libro de texto de diagnóstico psiquiátrico, más que como la ‘Biblia del diagnóstico’”.

Son de destacar los esfuerzos realizados por la OMS para actualizar su clasificación de deficiencias, discapacidades y minusvalías en la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF; OMS, 2001), y se diferencia entre los factores de funcionamiento y discapacidad (funciones y estructuras corporales y actividades y participación) y los contextuales (ambientales y personales), todos ellos con sus dominios correspondientes. El papel del funcionamiento psicosocial y de las habilidades adaptativas en esta clasificación es muy relevante y coloca los aspectos psicológicos en el centro de la clasificación. El peso de este funcionamiento psicosocial ha ido en aumento en los proyectos diagnósticos y de medida de resultados de los últimos años.

En este libro, aun teniendo en cuenta las limitaciones señaladas respecto a las clasificaciones prototípicas y las controversias suscitadas por el DSM-5, dado que los instrumentos diagnóstico publicados hasta el momento actual hacen referencia a estas clasificaciones (DSM y CIE), se va a seguir la orientación mayoritaria, es decir, utilizar las clasificaciones DSM-IV (y DSM-5 cuando sea posible) en el diagnóstico de los trastornos mentales, aunque con referencias a la CIE-10 (y CIE-11 cuando sea posible) siempre que pueda ser conveniente o necesario. Es previsible que en el futuro los instrumentos que permitan a los clínicos e investigadores realizar una evaluación psicopatológica tiendan a ser medidas intermedias entre las clasificaciones prototípicas y las dimensionales. De este modo, debemos abordar a continuación el problema de ¿cómo se identifican los trastornos o los criterios diagnósticos?, ¿qué herramientas se han desarrollado para facilitar este proceso?, ¿cómo se relaciona el diagnóstico con el proceso de EPC? Los siguientes puntos intentan ofrecer respuesta a este tipo de preguntas.

3.2.3. Perspectivas alternativas: enfoque transdiagnóstico y modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología

El *enfoque transdiagnóstico* de los trastornos mentales comunes (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, somatizaciones y trastornos adaptativos) señala que existen pocas diferencias en la respuesta al tratamiento cognitivo-conductual estándar por parte de las personas que sufren alguno de estos trastornos (Muñoz-Navarro *et al.*, 2017). A esto hay que añadir que existe una alta comorbilidad entre estos trastornos, además de una

reducción de estos trastornos comórbidos cuando se trata solo el trastorno principal. Brown y Barlow (2009) encuentran que hay más similitud que diferencias entre los distintos trastornos emocionales comunes en atención primaria, por lo que tendría sentido desarrollar tratamientos equivalentes para todos los desórdenes emocionales. Con este objetivo, Barlow *et al.* (2011, 2016, 2018) desarrollan el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales, que cuenta con evidencia empírica sólida, y que incluye diferentes técnicas cognitivo-conductuales como la psicoeducación, la exposición o la reestructuración cognitiva, además de otras técnicas basadas en estrategias de regulación emocional y técnicas de conciencia emocional. Este protocolo ha demostrado ser eficaz tanto en formato grupal como individual.

Nos parece imprescindible que los psicólogos del ámbito clínico de nuestro país conozcan el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP realizado en España (Cano-Vindel *et al.*, 2016; González-Blanch *et al.*, 2018), que es una terapia grupal cognitivo-conductual transdiagnóstica de solo siete sesiones que ha demostrado ser eficaz para tratar los trastornos emocionales más frecuentes en atención primaria. El manual de tratamiento fue desarrollado por Cano-Vindel (2011), profesor del Departamento de Psicología Básica de la Universidad Complutense de Madrid. Cada sesión de tratamiento tiene una duración de una hora y media, y se desarrolla a lo largo de cuatro meses, en subgrupos de ocho a doce personas. Las técnicas que se utilizan son: psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, técnicas conductuales y prevención de recaídas. En el [cuadro 3.2](#) se recogen los trastornos evaluados en este protocolo y los instrumentos de evaluación empleados. El lector puede consultar estos instrumentos en el capítulo 8 en los recursos para la evaluación.

Cuadro 3.2. *Cuestionarios empleados en el estudio PsicAP*

<i>Cuestionario</i>	<i>Trastorno mental</i>
PHQ-15	Trastorno de síntomas somáticos
PHQ-9	Trastorno depresivo
PHQ-PD	Trastorno de pánico
GAD-7	Trastorno de ansiedad
Ítems 6, 8 y 10 del PHQ	Trastornos de la alimentación y abuso de alcohol

Fuente: Cano-Vindel et al., 2016

Los resultados del estudio PsicAP señalan que, al emplear este protocolo en atención primaria, se obtienen beneficios entre tres y cuatro veces superiores al tratamiento habitual del médico de atención primaria.

Durante más de un siglo, la investigación en psicopatología se ha centrado en las clasificaciones diagnósticas prototípicas. Aunque este tipo de clasificaciones han servido para el avance de la evaluación psicopatológica, es cada vez más evidente la necesidad

de adoptar un enfoque dimensional de los trastornos mentales. A continuación, se presenta la *el modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología (Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology –HiTOP–)*, que es un sistema dimensional basado en patrones empíricos de coocurrencia entre los síntomas psicológicos. Las clasificaciones jerárquicas surgen en los últimos años de la mano de autores estadounidenses (Forbes *et al.*, 2016; Kotov *et al.*, 2017; Conway *et al.*, 2018) que señalan cómo la fiabilidad y la validez de las clasificaciones diagnósticas tradicionales (DSM y CIE) están limitadas por la frontera arbitraria que se da entre la psicopatología y la normalidad, por los límites imprecisos entre los diferentes trastornos, la comorbilidad tan frecuente entre los trastornos, la heterogeneidad dentro de los trastornos y la inestabilidad diagnóstica. Estas clasificaciones no siempre están basadas en la evidencia, lo que explicaría las limitaciones señaladas. El modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología ha surgido como un esfuerzo de investigación para abordar estos problemas. Construye síndromes psicopatológicos y sus componentes/subtipos según la covariación observada de los síntomas, agrupa los síntomas relacionados y reduce así la heterogeneidad. También combina síndromes coexistentes en espectros, lo que hace un mapeo de la comorbilidad. Además, caracteriza estos fenómenos dimensionalmente, lo que permite salvar los problemas antes mencionados y la inestabilidad del diagnóstico.

Las clasificaciones jerárquicas ya cubren la mayoría de las formas de psicopatología. Se han desarrollado medidas dimensionales para evaluar muchos de los componentes, síndromes y espectros identificados, lo que proporciona una manera eficaz de resumir y transmitir información sobre factores de riesgo, etiología, fisiopatología, fenomenología, curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento. Este hecho puede mejorar mucho la utilidad del diagnóstico de los trastornos mentales. En la [figura 3.1](#) se recoge el modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología propuesto por Forbes *et al.* (2016), y en el capítulo 8, en los recursos para la evaluación, se incluye un esquema bastante más completo, propuesto por Forbes *et al.* (2017), para que el lector pueda hacerse una idea aproximada de los mapas conceptuales de los que hablamos. El desarrollo de las clasificaciones jerárquicas en psicopatología no ha hecho más que empezar, por lo que en los próximos años es de esperar un importante y rápido progreso desde esta perspectiva.

En España, el equipo del estudio PsicAP (Muñoz-Navarro *et al.*, 2017) realiza una propuesta de un modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes muy útil, desde nuestro punto de vista, y que se compone de tres escalones de derivación. En primer lugar, la persona con un posible problema de salud mental acude al médico de atención primaria, que llevaría a cabo el primer escalón de detección administrando el PHQ-4 y la pregunta de cribado del PHQ-PD. Si no superara el punto de corte, se descartaría un posible problema de salud mental. Si da positivo en el primer escalón, habría que administrar a la persona un segundo escalón de detección con las siguientes medidas: cribado PHQ completo (PHQ-9, GAD-7, PHQ-PD y PHQ-15). De nuevo, si no supera el punto de corte, se descartaría un posible problema de salud mental. En el caso de superar el punto de corte, se pasaría al tercer escalón, que

consistiría en una entrevista clínica realizada por un psicólogo clínico. Si el psicólogo clínico no confirmara el diagnóstico, se descartaría un posible problema de salud mental. Pero si lo confirmara, tendría que determinar el nivel de gravedad del diagnóstico y derivar a la persona hacia un tratamiento. En los casos de un trastorno mental grave, la persona tendría que acudir a un centro especializado. Mientras que en los casos de un trastorno mental leve o moderado, es el mismo psicólogo clínico de atención primaria el que realizaría el tratamiento.

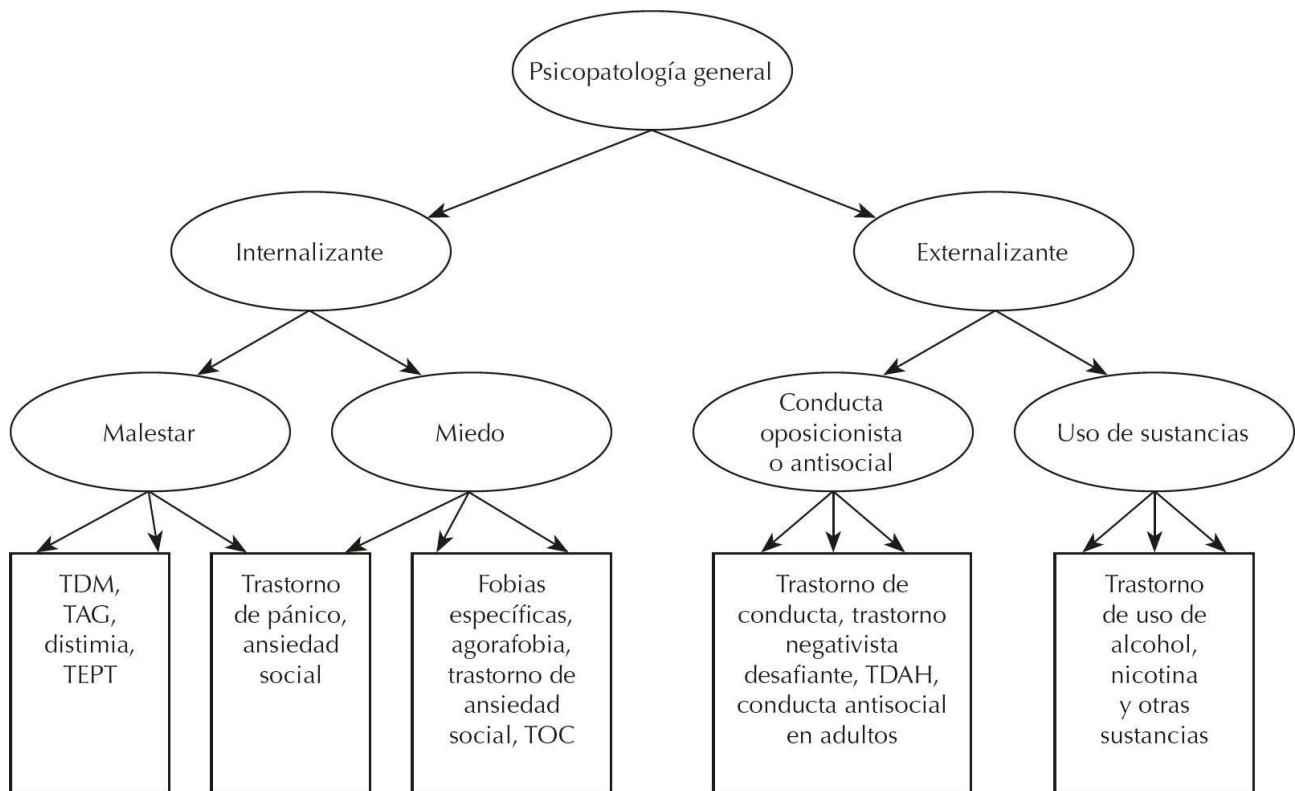


Figura 3.1. Modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología.

Fuente: Forbes et al., 2016.

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

Las herramientas diseñadas para facilitar el diagnóstico de los trastornos psicológicos han sufrido un desarrollo espectacular en los últimos veinte años. Desde la aparición del DSM-III, se ha generado una fuerte investigación que ha desembocado en la puesta a punto de diversos instrumentos y técnicas de diagnóstico que comprenden cuestionarios, entrevistas estructuradas, pautas de entrevista semiestructurada y, evidentemente, propuestas para la inclusión de las categorías en los procesos de EPC, necesariamente más amplios. Aunque significaron un avance espectacular respecto a los instrumentos diagnósticos anteriores, la primera generación de este tipo de pruebas utilizó, principalmente, estrategias derivadas de las entrevistas estructuradas epidemiológicas, lo que resultó claramente inadecuado para la práctica clínica cotidiana (demasiado largos,

complejos, rígidos, etc.). La segunda generación, que comienza a aparecer durante los años noventa y principios del siglo XXI, busca mucho más la utilidad práctica, aun a riesgo de perder algo de calidad. A continuación, se revisan algunos ejemplos de ambos tipos de instrumentos.

3.3.1. Cuestionarios

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

Estos cuestionarios, como señalábamos en el [capítulo 2](#), deben contar con una validez de criterio adecuada: sensibilidad y especificidad de los instrumentos. Se entiende por sensibilidad el porcentaje de personas con trastornos que se clasifican correctamente (verdaderos positivos); y por especificidad, el porcentaje de personas sin trastornos que se identifican correctamente (verdaderos negativos). Por lo tanto, una baja sensibilidad provoca infradetección de casos, y una baja especificidad provoca sobredetección. En el [cuadro 3.3](#) se describen las alternativas posibles de detección y los tipos de errores.

Cuadro 3.3. *Alternativas posibles de detección y tipos de errores*

	Realmente <i>SÍ</i> sufre el trastorno	Realmente <i>NO</i> sufre el trastorno
Decimos que <i>SÍ</i> sufre el trastorno	Verdaderos positivos	Falsos positivos
Decimos que <i>NO</i> sufre el trastorno	Falsos negativos	Verdaderos negativos

A pesar de las evidentes ventajas derivadas de su aplicación, siempre y cuando cumplan unos criterios de calidad adecuados (especialmente, sensibilidad y especificidad), los cuestionarios reúnen un número de limitaciones igualmente importantes. Entre ellas, cabe destacar el que sean muy pocos los que realmente llegan a ofrecer un diagnóstico DSM o CIE, la mayoría se quedan en ofrecer clasificaciones en los principales grupos de trastornos (ansiedad, estado de ánimo, etc.). Otros consiguen

indicar la probabilidad de que la persona sufra algún trastorno, pero no revisan los criterios diagnósticos (cuestionarios de *screening* o detección). Y, finalmente, la mayoría ofrecen información partiendo del enfoque teórico que los sustenta, aunque algunos de estos presentan unos índices de validez de criterio relativamente altos para diferenciar personas con o sin trastornos diagnosticados.

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

En el [cuadro 3.4](#) se resumen algunos de los principales cuestionarios utilizados con propiedades diagnósticas contrastadas, que revisan toda la posible patología del paciente. La selección no pretende ser exhaustiva y solamente intenta ofrecer una panorámica general de los instrumentos más empleados. Los más específicos, que se centran en algún trastorno concreto, o grupo de ellos, como es el caso del PHQ y sus distintas versiones, se recogen en el capítulo 8 de esta obra en los recursos para la evaluación. El DSM-5 incluye dos instrumentos autoaplicados (el primero para adultos y el segundo para niños, que puede ser cumplimentado por los padres): la medida de síntomas transversales del nivel 1 del DSM-5 autoevaluadas: adulto y la medida de síntomas transversales del nivel 1 del DSM-5 autoevaluadas: niños de seis a diecisiete años (APA, 2014). De cada uno de los dominios incluidos en estas medidas, el DSM-5 especifica la procedencia de los ítems en el caso de que los hayan adaptado o extraído, en concreto, de los siguientes instrumentos: PHQ-15, PROMIS, ASRM, FOCI, NIDA-Modified ASSIT, SNAP-IV y ARI.

Cuadro 3.4. *Cuestionarios generales útiles para el diagnóstico*

<i>Cuestionarios</i>	<i>Áreas exploradas</i>
MMPI-2RF (Ben-Porath y Tellegen, 2008) 338 ítems 35-50 minutos	Incluye 42 escalas sustantivas, como son las quejas somáticas, desconfianza, conducta antisocial, ansiedad o timidez
MCMI-IV (Millon, Grossman, Millon, 2015) 195 ítems 20-30 minutos	Evalúa los dominios relevantes de los trastornos de personalidad incluidos en las clasificaciones DSM-5 y CIE-10, y los síndromes clínicos más relevantes. Cada conducta se describe con 3 niveles de funcionamiento de la personalidad. Incluye una nueva escala de patrón de personalidad tempestuoso
SCL-90-BSI (Derogatis y Spencer, 1993) 90-60 ítems 20 minutos	Somatización Obsesión-compulsión Sensibilidad interpersonal Depresión Ansiedad Hostilidad Ansiedad fóbica

	Ideación paranoide Psicoticismo
GHQ-28 y otras versiones (12, 30, 60) (Golberg, 1978) 28 ítems 10 minutos	Salud general Somático Ansiedad Social Depresión
SF-36 y otras versiones (12, 20) (Ware y Sherbourne, 1992) 36 ítems 5-10 minutos	Funcionamiento físico Limitaciones de rol por problemas físicos Dolor corporal Salud general Vitalidad Funcionamiento social Limitaciones de rol por problemas emocionales Salud mental
CIDI Checklist (OMS, 1997) Diversas listas para los principales trastornos	Criterios CIE-10 y DSM-IV Principales grupos de trastornos incluidos en la CIDI
CIDI65+ Checklist (Wittchen <i>et al.</i> , 2015)	Criterios CIE-10 y DSM-IV-TR Principales grupos de trastornos incluidos en la CIDI
MINI (Sheenan <i>et al.</i> , 1998) Dos fases: 25 ítems entrevista 15-20 minutos	Criterios DSM-IV y CIE-10 15 grupos principales del eje I del DSM-IV Trastorno de personalidad antisocial
Medida de síntomas transversales del nivel 1 del DSM-5 autoevaluadas: adulto (APA, 2014) y niños (6-17 años) (APA, 2014)	Criterios DSM-5 23 preguntas (25 en la versión para niños) evalúan 13 dominios psiquiátricos: depresión, ira, manía, ansiedad, síntomas somáticos, ideas suicidas, psicosis, problemas de sueño, memoria, pensamientos y comportamientos repetitivos, disociación, funcionamiento de la personalidad y consumo de sustancias
PRIME-MD (Spitzer, Williams, Kroenke <i>et al.</i> , 1994) PHQ (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999) Dos fases: cuestionario 26 ítems entrevista 20-5 minutos	Criterios DSM-IV Depresión Ansiedad Estrés Alcohol y drogas Problemas cognitivos graves
PHQ-15 (Kroenke, Spitzer y Williams, 2002)	Síntomas somáticos
PHQ-9 (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001)	Depresión

PHQ-4

(Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2009)

Depresión y ansiedad

PHQ-PD

(Spitzer, Kroenke, Williams y Patient Health
Questionnaire Primary Care Study Group, 1999)

Trastorno de pánico

GAD-7

(Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, 2006)

Trastorno de ansiedad generalizada

PID-5

(Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol,
2012)

Criterios DSM-5

Rasgos de personalidad patológicos

Una de las herramientas que puede resultar más útil en la práctica clínica, y que tiene una integración muy sencilla en el proceso de EPC, es el PHQ (*Patient Health Questionnaire*) propuesto por Spitzer, Kroenke y Williams (1999) a partir del PRIME-MD, que los mismos autores habían propuesto en 1994 como herramienta útil en la práctica médica en atención primaria. El PHQ es una herramienta de segunda generación que prima la brevedad sin perder la calidad de sus precedentes. En este caso, se utiliza una estrategia de dos fases: en primer lugar, se aplica un cuestionario muy breve, que, una vez revisado por el evaluador, se puede completar con una segunda fase de entrevista semiestructurada, igualmente breve, que confirme la detección inicial. Aunque el instrumento está diseñado para su aplicación por profesionales de la salud sin especialización en salud mental, puede resultar muy útil en la consulta clínica de salud mental como ayuda a la detección inicial de problemas y acercamiento al diagnóstico. En los recursos para la evaluación se incluye el instrumento completo. El PHQ se ha diseñado siguiendo los criterios DSM-IV y la información acumulada sobre la sensibilidad y especificidad de las preguntas incluidas en las entrevistas estructuradas. En el caso de la depresión, las dos preguntas de detección propuestas han identificado adecuadamente al 96 % de las personas que sufrían depresión con criterios DSM-IV. Sin embargo, aparece un número de falsos positivos, lo que hace imprescindible el uso de los factores de confirmación antes de avanzar cualquier diagnóstico. Si de los tres factores de confirmación el paciente sufre dos durante más de dos semanas, el diagnóstico de depresión es prácticamente seguro. No debe olvidarse la necesidad de evaluar el potencial de suicidio en estos casos por métodos tradicionales. En el caso de la ansiedad, se utiliza la ansiedad crónica y los ataques de pánico como claves para identificar los principales trastornos, la sensibilidad y especificidad sigue siendo tan elevada como en la sección anterior. La inclusión de las preguntas de estrés en un instrumento tan breve responde al hecho de que el 12 % de los pacientes que acude a la atención primaria sufre síntomas de estrés postraumático, y un alto número de pacientes de salud mental han sufrido sucesos traumáticos en su infancia, por lo que, siguiendo las directrices de la APA (psicológica), parece conveniente incluir preguntas sobre este tipo de problemas y situaciones en todas las consultas relacionadas con la salud mental. La sección de

alcohol y drogas resulta la más problemática por la disparidad de criterios y usos culturales, esencialmente del alcohol. Por ejemplo, la costumbre mediterránea de comer con un vaso de vino, claramente saludable para el funcionamiento cardiovascular, puede situar a algunas personas en las categorías más altas del Instituto Nacional para el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo de los Estados Unidos (NIAAA). Los precios y gastos en alcohol deben considerarse en función del mercado en cada momento y en cada país o ciudad. Esto hace que los criterios del NIAAA deban ser tomados con cautela. Los autores del PHQ son conscientes de ese tipo de problemas y por ello incluyen, de forma añadida o alternativa en algunos casos, el CAGE-AID, idéntico al CAGE original, pero modificado para incluir las demás drogas. Por último, la sección de problemas cognitivos incluye el *Mini-mental State Examination* de Folstein *et al.* (1975). En nuestro caso, podemos emplear la versión española de Lobo *et al.* (1999) incluida en este texto.

Este instrumento puede utilizarse como cuestionario inicial, junto a los biográficos o a los de motivo de consulta. Igualmente, las preguntas y las áreas de exploración pueden ser consideradas por el evaluador en las primeras fases de la evaluación para ir confirmando o descartando posibles diagnósticos y problemas de la persona, dentro de una entrevista semiestructurada más amplia.

Existen diversas versiones del PHQ, como puede observarse en el [cuadro 3.3](#), todas ellas con alta sensibilidad para detectar diferentes trastornos mentales en muestras de pacientes de atención primaria españolas. El PHQ-15 (síntomas somáticos), PHQ-9 (depresión), GAD-7 (trastorno de ansiedad generalizada), PHQ-PD (trastorno de pánico) y PHQ-4 (depresión y ansiedad) se incluyen en el capítulo 8 en los recursos para la evaluación.

3.3.2. Entrevistas estructuradas

Como consecuencia de la publicación de clasificaciones diagnósticas que incluyen criterios descriptivos y normas explícitas para cada diagnóstico, se hace posible la realización de entrevistas estructuradas que revisen cada uno de los criterios y dispongan de algoritmos de corrección que permitan obtener los diagnósticos sin juicios clínicos ni teóricos. Este tipo de entrevistas tienen unos orígenes totalmente relacionados con la estandarización de los criterios diagnósticos y sus aplicaciones principales fueron, durante algún tiempo, los trabajos de laboratorio y los estudios epidemiológicos de salud mental. Por ejemplo, los grandes estudios epidemiológicos como los ECA en los Estados Unidos, o el ESEMED y el MentDis_ICF65+ en Europa, no fueron posibles hasta contar con una entrevista estructurada como la DIS, que ofrecía diagnósticos DSM-III, en el caso de la ECA, o la CIDI y la CIDI65+ en el caso del ESEMED y el MentDis_ICF65+, respectivamente, que ofrecía diagnósticos DSM-IV-TR. Una vez perfeccionadas en los laboratorios y puestas a punto en los estudios epidemiológicos, su aplicación ha ido pasando progresivamente a la clínica, aunque su poca flexibilidad y su larga duración han dificultado mucho su aceptación por los clínicos. Sin embargo, su influencia ha ido mucho más allá, y ha dado lugar durante los años noventa a la segunda generación de

instrumentos estructurados y semiestructurados. Derivados de los datos acumulados de su aplicación a grandes muestras y de la optimización del número y la complejidad de las preguntas empleadas ([figura 3.2](#)).



Figura 3.2. Evolución de los instrumentos diagnósticos de investigación a la clínica.

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

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

Como puede observarse en el [cuadro 3.4](#), las primeras entrevistas estructuradas de diagnóstico se realizaron a partir del PSE, en la línea del SCAN, y de los criterios diagnósticos de investigación (RDI), por el grupo de Robert Spitzer y Lee Robins, bajo los auspicios de la APA (psiquiátrica). Durante los años ochenta, se propone la *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), que se utilizó, principalmente, en los estudios

epidemiológicos de salud mental. A principios de los años noventa, la OMS pone a punto la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), que incluye toda la DIS, revisa la aplicación transcultural, y añade un módulo de drogas y alcohol (encargado por el Instituto de Drogas y Alcohol de los Estados Unidos) y el *Mini-mental* como prueba de detección de trastornos cognitivos severos. Además de los diagnósticos DSM, la CIDI incluye los diagnósticos CIE-10. Su utilidad, como en el caso anterior, ha sido su aplicación en los estudios epidemiológicos internacionales. Desde ese momento, el campo de las entrevistas estructuradas se desarrolla en torno a dos ejes: la APA y la OMS. La APA, representada por el grupo de Spitzer, ha desarrollado las distintas versiones de la SCID, evolución lógica y más flexible de la DIS. Mientras que la OMS ha dedicado su esfuerzo a las distintas versiones de la CIDI. Las versiones SCID-II e IPDE han sido propuestas por ambos grupos en los años noventa y se configuran como entrevistas estructuradas para el diagnóstico de los trastornos de personalidad, que no incluían ni la SCID ni la CIDI. En ambos casos, se recurre a una estrategia mixta, cuestionario-entrevista, que facilita el diagnóstico y llega a considerar la dimensionalidad de las variables incluidas. Los principales datos de esta evolución se resumen en el [cuadro 3.5](#).

Cuadro 3.5. *Resumen de las entrevistas estructuradas en función de los sistemas diagnósticos*

DSM-APA	CIE-OMS
Antecedentes:	
– Entrevista diagnóstica de investigación, RDI (Spitzer, Endicott y Robins, 1978) Criterios RDC	– PSE (Wing, Cooper y Sartorius, 1974) – SCAN (Wing <i>et al.</i> , 1990) Evolución del PSE
– SADS (Endicott y Spitzer, 1978) Criterios RDC (versiones actuales DSM-IV) Depresión y esquizofrenia Otros en menor detalle	
DSM-III y DSM-III-R (1980-1987): – DIS (Robins, Helzer, Croghan, Williams y Spitzer, 1981) – SCID (Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1989)	CIE-10 (1992): – CIDI-1 (OMS, 1992) DIS + alcohol y drogas + <i>mini-mental</i>
DSM-IV (1994): – DIS-IV (Robins <i>et al.</i> , 1995) – SCID (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997) Versiones: clínica (VC)-SCID-I (eje I) Investigación Screen-PQ – PRIME-MD/PHQ (Spitzer <i>et al.</i> , 1994; 1999) Simplificación de la SCID para su aplicación en atención primaria – SCID-II (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997)-	– CIDI-2 (OMS, 1996) Versiones: completa SF-12 meses CIDI-auto CIDI-quick CIDI-checklist – CIDI65 + (Wittchen <i>et al.</i> , 2015) Actual, 12 meses, vital CIDI65+-Checklist – IPDE (international personality disorder

(trastornos de personalidad)	examination)-(OMS, 1995)
DSM-5 – ADIS-5L (Brown y Barlow, 2014) Entrevista de ansiedad y trastornos relacionados – 5 versiones de la SCID-5 (entrevista semiestructurada clínica) (First, Williams, Karg y Spitzer, 2015): •SCID-5-CV (versión clínica) •SCID-5-RV (versión investigación) •SCID-5-CT (versión de ensayos clínicos) •SCID-5-PD (trastornos de personalidad) •SCID-5-AMPD (modelo alternativo para los trastornos de personalidad)	CIE-11 A fecha de la reedición de este libro, la OMS no ha publicado revisiones o nuevas versiones de las entrevistas estructuradas adaptadas a la CIE-11

De forma paralela, se han ido desarrollando, como en el caso de los cuestionarios, entrevistas estructuradas más específicas que se centran en un trastorno o grupo de ellos. Probablemente, los dos mejores ejemplos de este tipo de entrevistas, aunque ambas son algo menos estructuradas que las SCID o la CIDI, sean la escala de entrevista para trastornos de ansiedad (ADIS-IV), desarrollada por el grupo de David Barlow en el Centro para los Trastornos de Estrés y Ansiedad en Albany, Nueva York (DiNardo, Brown y Barlow, 1994), para cubrir todos los trastornos de ansiedad tal y como se incluyen en el DSM-IV; y la escala para los trastornos afectivos y la esquizofrenia (SADS), que, como su nombre indica, revisa los trastornos del estado de ánimo y los esquizofrénicos. En ambos casos, las versiones actuales incluyen un abanico más amplio de trastornos que los indicados en los títulos, pero el acento sigue poniéndose en los trastornos especificados. También han ido apareciendo, en los últimos veinte años, entrevistas para, eventualmente, casi cualquiera de los trastornos incluidos en el DSM-IV. En el [cuadro 3.6](#) se ofrece un breve resumen de las principales características de las entrevistas estructuradas más empleadas.

Cuadro 3.6. *Resumen de entrevistas estructuradas*

	Cobertura diagnóstica	Principal utilidad	Estructura	Información biográfica	Tiempo de aplicación
DIS-CIDI	– Eje I DSM-IV – Eje I CIE-10 – Información de otros ejes	Epidemiológica	Totalmente estructurada	Sí	90 m
SCID-5-CV (version clínica)	La totalidad de criterios DSM-5	Clínica	Semiestructurada	Sí	60 m
PRIME-MD/PHQ	– Estado de ánimo – Ansiedad – Somatomorfes – Alimentación – Sustancias	Atención primaria y clínica	Cuestionario + entrevista clínica	No	20 m 5 m
ADIS-5L	– Ansiedad – Estado de ánimo – Obsesivo-compulsivo – Trauma – Trastornos relacionados (síntomas somáticos, uso de sustancias)	Clínica	Semiestructurada	Sí	60 m
SADS	– Criterios RDC – Versión para DSM-IV (eje I) – Dimensional	Investigación y clínica	Semiestructurada	Sí	90 m
PSE/SCAN	– Eje I DSM-IV – Eje I CIE-10	Investigación	Semiestructurada	Sí	90 m
MINI	– Ansiedad – Alimentación – Estado de ánimo – Sustancias – Psicóticos – Versión ampliada MINI+	Clínica y estudios de comparación	Semiestructurada	No	15 m
SCID-II	Trastornos de personalidad	Clínica	Cuestionario + semiestructurada	Sí	40-60 m
IPDE	Trastornos de personalidad	Clínica	Cuestionario + semiestructurada	Sí	60 m

A pesar de la variedad de propuestas, como ya se ha avanzado, el campo de las entrevistas estructuradas de diagnóstico ha girado en torno a dos instrumentos principales: la SCID y la CIDI. Por ejemplo, ya en 1992, en una revisión de Williams *et al.*, publicada en la revista de máximo impacto *Archives of Psychiatry*, ya se habían publicado más de cien estudios que empleaban la SCID como instrumento básico de diagnóstico, las cifras actuales son sensiblemente mayores y reflejan claramente la predominancia de esta entrevista frente a las demás. En el [cuadro 3.7](#) se incluye un resumen de las principales características de ambos instrumentos (en el caso de la SCID se incluye la versión del DSM-5) para facilitar su comprensión y comparación.

Cuadro 3.7. Características de las entrevistas CIDI y SCID

CIDI	SCID-5-CV
– Estructurada	– Semiestructurada
– No clínicos	– Versión clínica – Versión investigación – Versión de ensayos clínicos – Versión trastornos de personalidad – Versión modelo alternativo para los trastornos de personalidad

– 1 hora 15 minutos	– 45-60 minutos cada versión
	– Admite otras informaciones
	– Se puede aplicar a informadores
– Epidemiología (OMS)	– Clínica y de investigación
– Eje I	– No contiene ejes
– Alcohol y drogas	– Alcohol y drogas
– CIE-10	– DSM-5
– Kappa = 0,50-0,90	– Alpha Cronbach 0,78
– Auto Kappas = 0,30	– Kappa = 0,12-0,77
– Multicultural	– A fecha de la reedición de este libro, no se ha publicado la
– Trad. española, 1994-1996	traducción española

En función de los datos revisados, debe haber quedado claro que la entrevista CIDI es eminentemente epidemiológica, y queda más alejada del alcance y del uso habitual del clínico en su práctica cotidiana. Sin embargo, la versión clínica de la SCID (SCID-5-CV), más flexible y con mayor contenido clínico, puede resultar de gran utilidad clínica y diagnóstica, y merece un comentario algo más extenso que, al menos, enumere sus principales características. En el [cuadro 3.8](#) se recogen los módulos que incluye la SCID-5-CV. Para una mayor información, consultar el manual *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders-Clinician Version* (SCID-5-CV) (First, Williams, Karg y Spitzer, 2015).

Cuadro 3.8. Módulos incluidos en la SCID-5-CV

SCID-5-CV
A. Evaluación de episodios afectivos y trastorno depresivo persistente
B. Psicosis y síntomas asociados
C. Diagnósticos diferenciales de los trastornos psicóticos
D. Diagnósticos diferenciales de los trastornos del estado de ánimo
E. Trastornos relacionados con sustancias
F. Trastornos de ansiedad
G. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados y TEPT
H. Trastorno déficit de atención/hiperactividad
I. <i>Screening</i> para otros trastornos
J. Trastorno adaptativo

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

noventa en este grupo de trastornos y han propuesto, casi simultáneamente, dos instrumentos destinados a facilitar este tipo de diagnósticos. En ambos casos se ha recurrido a una estrategia mixta que incluye un cuestionario más bien amplio y una entrevista posterior que tienen en cuenta los resultados del cuestionario para intentar esclarecer, de forma semiestructurada y con alto contenido clínico, el cumplimiento de los criterios diagnósticos. En el [cuadro 3.9](#) se resumen las principales características de ambos instrumentos: la SCID-II (First *et al.*, 1997) y la IPDE (OMS, 1995).

Cuadro 3.9. *Comparación SCID II-IPDE*
(*International Personality Disorder Examination*)

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

Los trastornos de personalidad se encuentran recogidos en la sección II del DSM-5 y no se observan cambios respecto al DSM-IV. Una novedad destacable, respecto a los trastornos de personalidad del DSM-5, es que la sección III presenta un modelo alternativo dimensional-categorial que incluye, únicamente, los trastornos de personalidad antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico, y se siguen evaluando con entrevistas clínicas estructuradas (SCID-II o IPDE). El DSM-5 incluye un autoinforme específico ajustado a los nuevos criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad (PID-5) y recomienda el uso de test

estandarizados como el MMPI-2-RF, el MCMI-III o el PAI.

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

3.3.3. Entrevistas semiestructuradas

Uno de los inconvenientes mayores de los cuestionarios y entrevistas estructuradas revisadas hasta el momento, sobre todo las de la primera generación, es su rigidez y falta de flexibilidad, tan necesaria en la clínica habitual. La forma lógica de solventar este tipo de problemas ha sido la de intentar proponer esquemas semiestructurados de entrevista que ofrezcan al clínico una guía, pero que le permitan cierta flexibilidad y capacidad de adaptación al cliente y a las circunstancias de la entrevista. Este tipo de esquemas o pautas puede resultar de utilidad en la práctica clínica habitual, pero son especialmente útiles en aquellas ocasiones en que es necesario obtener un diagnóstico rápido, fiable y válido sin posibilidad de realizar una evaluación psicológica más completa, como es el caso, por ejemplo, de los informes forenses. A lo largo de los años, sobre todo desde la aparición del DSM-III, son muchos los autores que han ido proponiendo y utilizando distintas pautas para obtener diagnósticos de forma sencilla y, a la vez, con cierta garantía de calidad. Sin duda, entre todas las propuestas ha destacado la de la pareja de origen sueco Othmer (Othmer y Othmer, 1994). Él, filósofo, y ella, psicoanalista, inicialmente alejados del mundo de la salud mental, han sabido ir adaptando su propuesta a las distintas versiones del DSM y han conjugado de forma bastante completa los distintos enfoques y estrategias de entrevista derivados de las diferentes escuelas psicológicas y psiquiátricas, con lo que han conseguido un enfoque integrador ciertamente interesante.

La pauta de Othmer y Othmer incluye siete fases o momentos que pueden ser aplicados en una sola sesión de alrededor de una hora de duración (en caso de necesitar más tiempo, la recomendación es la de hacer una segunda entrevista, mejor que ampliar

el tiempo de la primera para controlar los factores asociados al cansancio del entrevistador y del entrevistado). Estas siete fases son: la exploración inicial, la exploración de los diagnósticos probables, la confirmación de los criterios diagnósticos, el estudio de los factores psicosociales y de funcionamiento global de la persona, la historia clínica, el diagnóstico propiamente dicho y el pronóstico con y sin tratamiento.

En el [cuadro 3.10](#) se presenta un esquema que proponemos partiendo de la idea de Othmer y Othmer, para la entrevista semiestructurada de diagnóstico.

Cuadro 3.10. *Esquema para la entrevista semiestructurada de diagnóstico*

1. Exploración inicial

2. Problemas de salud mental probables

Incluir preguntas generales y abiertas; técnicas de detección de un posible *caso*, dejar hablar. Listas de problemas:

1. Posibles.
2. Excluidos.
3. No explorados.

3. Criterios diagnósticos

Examinar lista 1:

Principales criterios (preguntas claves y preguntas de cuestionarios de detección de un posible *trastorno*).

Duración.

Gravedad.

Relaciones temporales.

Examinar condiciones médicas.

Aumento de lista 2 (disminuye la 1) y eliminación de la 3.

Si se detecta un posible trastorno de personalidad, considerar otros instrumentos: entrevistas específicas (SCID-5-PD; IPDE) y test psicológicos (PID-5, PAI, MCMI-III; MMPI-II-RF, MCPI).

4. Factores psicosociales y funcionamiento global

Valorar funcionamiento psicosocial (p. ej.: áreas personal, social, laboral y ocio) y salud general.

Posibilidad de aplicar el cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la OMS 2.0 (WHO-DAS 2.0 autoadministrada) (OMS, 2010).

5. Historia clínica (de los trastornos)

Confirmar diagnósticos con datos históricos (premórbidos, curso, diagnósticos y tratamientos previos e historia familiar).

Posible reducción de lista 1.

6. Diagnóstico

Hacer diagnóstico DSM-5 o CIE-11.

Contemplar las perspectivas dimensionales (p. ej.: modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología).

7. Pronóstico

Con y sin tratamiento.

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

Una vez llevada a cabo la exploración inicial y si la decisión ha sido la de continuar la entrevista, se comienza con preguntas abiertas del tipo: “¿Cuál es su problema?”, “¿sabe usted por qué está aquí?”, “Dígame...”, o alguna otra indicación verbal o paraverbal que indique que estamos preparados para escuchar con atención lo que el paciente quiera contarnos. Es mejor dejar hablar al paciente y respetar los silencios iniciales, en estos momentos, como casi siempre, las prisas son malas compañeras. El paciente nos contará todo aquello que ha pensado respecto a su problema y que, sin duda, trae preparado. En este momento, incluiremos preguntas generales y abiertas, y las técnicas de detección de un posible *caso* abordadas en el [capítulo 2](#). Posteriormente, iremos dando paso a una entrevista abierta en la que debemos revisar todos los principales grupos de trastornos. Othmer y Othmer recomiendan hacer tres listas de trastornos: los posibles, los excluidos y los no explorados. Para facilitar esta tarea, una alternativa factible, y que a nosotros nos ha funcionado muy bien, es la de disponer de un esquema de los principales diagnósticos DSM en una hoja fotocopiada e ir señalando con distintas marcas aquellos trastornos que excluimos, el paciente es seguro que no los sufre, y aquellos que pensamos que pueda sufrir, aunque solo exista una posibilidad remota. Por ejemplo, tachar los excluidos y poner equis a los posibles; obviamente, aquellos que al final de esta fase no tengan ninguna señal corresponderán a los no explorados. En esta fase, la lista de posibles debe ser amplia y no excluir ningún trastorno sin la evidencia suficiente.

La tercera fase es más restrictiva. En primer lugar, se van a revisar todos los trastornos marcados como posibles con preguntas de detección contrastadas, como las que se incluyen en la pauta para la entrevista de detección de Vázquez y Muñoz, recogida en los recursos para la evaluación (capítulo 8). Este proceso debe ir ayudándonos a tachar de nuestra lista de posibles algunos de los trastornos incluidos inicialmente. Igualmente, en esta fase debemos eliminar toda posibilidad de que resten trastornos no explorados. Además de las preguntas claves, se incluirán preguntas de cuestionarios de detección de un posible *trastorno*, como los abordados en el [capítulo 2](#). Una vez que hayamos identificado aquellos trastornos más probables, vamos a pasar a explorar su duración, gravedad y las relaciones temporales que han guardado entre ellos hasta hoy: “¿Cuál apareció primero?”, “¿aparecieron todos los síntomas de forma simultánea o secuencial? Y en ese caso, ¿cuál primero?”, etc. En este momento, puede surgir la necesidad de explorar de forma más detenida algún posible trastorno de personalidad. En este caso, considerar otros instrumentos: entrevistas específicas (SCID-5-PD; IPDE) y test psicológicos (PID-5, PAI, MCMI-III o MCMI-IV; MMPI-II-RF, MCPI). De forma similar, se abordarán también las condiciones médicas del paciente. Es el momento de recordar que el trabajo psicológico pocas veces puede llevarse a cabo de forma aislada y, generalmente, resulta más adecuado integrarlo en equipos multidisciplinares o, en cualquier caso, colaborar con otros profesionales sociales y de la salud. Esta fase termina cuando en nuestra lista de trastornos no quedan más que diagnósticos posibles, todos han sido explorados y, seguramente, la mayoría excluidos.

En la siguiente fase, la cuarta, se valora el funcionamiento psicosocial (p. ej.: áreas

personal, social, laboral y ocio) y salud general. Posibilidad de aplicar el cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la OMS 2.0 (WHO-DAS 2.0 autoadministrada) (OMS, 2010). Puede recurrirse en este momento a informes sociales o psicosociales y de informadores (familia, tutores, etc.) para ampliar la información que la entrevista pueda proporcionar por sí misma. De nuevo, como en el punto anterior, debe insistirse en la necesidad del psicólogo clínico de colaborar con otros profesionales. Es curioso que, para la mayoría de los psicólogos clínicos, sea de relativa sencillez pensar en la colaboración con médicos y psiquiatras (no tanto con enfermeros o auxiliares, desgraciadamente), pero se les haga más cuesta arriba pensar en la colaboración con otros profesionales del ámbito social como los trabajadores sociales o los educadores sociales, ambos de vital importancia en el abordaje completo de los problemas psicológicos y de salud mental. En cualquier caso, el entrevistador revisará todos los ámbitos de funcionamiento psicosocial con preguntas del tipo: “¿Cómo ha afectado este problema a su vida familiar?”, “¿Cómo ha afectado a su vida laboral?”, “¿Se han modificado sus relaciones sociales como consecuencia del problema?”, “¿Hasta qué punto?”, y todas aquellas que incidan en la forma en que sus actividades cotidianas se han visto afectadas por su problema, y revisará o pedirá informes psicosociales o sociales a los profesionales indicados. Para la evaluación del funcionamiento global, lo más indicado puede resultar utilizar la escala EEFG del DSM-IV, que se reproduce en los recursos para la evaluación. Normalmente, esta fase no afecta a los diagnósticos seleccionados, hasta el momento, como posibles o probables.

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

En este momento, la entrevista propiamente ha finalizado y la labor recae, de forma exclusiva, en el evaluador. Es el momento de recopilar toda la información disponible y establecer el diagnóstico DSM-5 o CIE-11. Además, el clínico contemplará las perspectivas dimensionales (p. ej.: modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología), que complementará al diagnóstico categorial.

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

Para terminar este punto, en el [cuadro 3.11](#) se resumen las principales características de las entrevistas estructuradas, esencialmente la muy estructuradas tipo CIDI; las semiestructuradas como las propuestas en este punto; y los instrumentos intermedios como la SCID-5, la SCID-II, la IPDE o el PHQ.

Cuadro 3.11. *Características de los instrumentos diagnósticos en función de su nivel de estructuración*

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

3.4. El diagnóstico a través de la evaluación clínica

Una vez comentados los principales instrumentos y estrategias diagnósticas y su utilidad, aisladas del proceso de EPC, es necesario volver a recordar que, como debe ser obvio para cualquier psicólogo clínico, la mejor estrategia diagnóstica posible, *la regla de oro*, es precisamente el completar el proceso de EPC. Sin ninguna duda, la información recogida durante el proceso de EPC, a través de las distintas técnicas, momentos e informadores, y su interpretación mediante los análisis funcionales y la formulación del caso, es la opción más completa para contrastar el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos de cualquier clasificación, incluyendo la DSM-5 y la CIE-11.

Sin embargo, el evaluador debe considerar que, aunque bastante contraintuitivo para el clínico experto, la investigación ha puesto de manifiesto que son los diagnósticos obtenidos mediante los procesos de evaluación los que presentan unos menores índices

de concordancia entre evaluadores y unos menores criterios de calidad. Este hecho cuestiona seriamente la calidad de los diagnósticos *clínicos* frente a la de los instrumentos siquiera semiestructurados. No es este el momento de entrar en una polémica ciertamente interesante que nos llevaría más allá de los objetivos de este libro. En cualquier caso, debe admitirse que una menor sistematización y una divergencia en la formación recibida, así como la escuela en la que se encuadre el evaluador, deben redundar en una menor concordancia entre los distintos evaluadores. En este sentido, toda la información obtenida por el clínico en la entrevista diagnóstica debe ser suficiente para que valore una explicación dimensional del caso. Para lograr esta explicación dimensional, el clínico se apoyará en los modelos alternativos de diagnóstico señalados en páginas anteriores, como el modelo transdiagnóstico y el modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología, que serán los que guíen, con mayores garantías de eficacia, los tratamientos psicológicos.

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

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

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

3.5. Caso clínico

En el presente caso, el diagnóstico no se abordó hasta muy avanzada la evaluación debido a que se empleó un método completamente clínico para proceder al mismo. Es decir, no se utilizaron entrevistas ni cuestionarios diagnósticos. Toda la información se

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

Historia clínica

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

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

La adolescencia del cliente es recordada como una de las peores fases de su vida, quitando la actual. A Anakin le costaba mucho relacionarse con sus iguales, a la torpeza motora hay que sumarle el *aspecto ridículo* de su ropa, según sus propias palabras. Sus padres le obligaban a vestir de modo formal y, en la opinión del paciente, poco acorde con su edad. De hecho, sufre críticas y algunos compañeros se ríen abiertamente de su forma de vestir de *pijo rico y beato*. A los dieciséis años, sufre una agresión en la calle, un grupo de cabezas rapadas arremete contra él cuando camina solo por un descampado de su barrio, le roban la ropa, y le dejan solamente los calcetines, la camiseta y los calzoncillos. Tiene que llegar a su casa en ropa interior. él vive ese suceso como lo más degradante que le podía ocurrir y asume que se debió principalmente al *aspecto ridículo de niño rico* que tenía en esa época de su vida. No recibió tratamiento psicológico ni psiquiátrico para superar los efectos de la agresión.

En esos mismos años, sus relaciones sociales siguen un camino muy pobre y comienzan las dificultades con las chicas. En esos años, Anakin informa de una falta casi completa de relaciones sociales, un bajo estado de ánimo, un sentimiento muy fuerte de inseguridad al ir por la calle o al hacer otras actividades y unos pensamientos de

infravaloración de sí mismo. Para tratar de superar esta situación, *busca refugio* en la religión, apoyado por sus padres. Poco después, tampoco se adaptaría al *ambiente y filosofía religiosa* y se separaría de forma brusca del mismo.

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

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

Diagnóstico

Ya se ha advertido al lector de la conveniencia de leer de forma previa el fragmento del caso clínico incluido en el capítulo referido al análisis descriptivo para entender mejor la situación diagnóstica. En cualquier caso, se incluye la lista de problemas ([cuadro 3.12](#))

para facilitar la comprensión del juicio diagnóstico.

Cuadro 3.12. *Problemas del caso en el análisis descriptivo y para el diagnóstico*

-
- *Ansiedad en situaciones sociales:*
 - a) *Desmayos.*
 - b) *Pseudoalucinaciones.*
 - c) *Despersonalización.*
 - d) *Evitación.*
 - e) *Anticipaciones.*
 - *Ansiedad ante determinados estímulos ambientales (árboles secos, escombros, descampados):*
 - a) *Evitación.*
 - b) *Anticipaciones.*
 - *Rumiaciones (ruptura con Padme, dificultades de la vida, religión, etc.).*
 - *Pensamientos de infravaloración.*
 - *Ideas sobrevaloradas sobre la sociedad.*
 - *Déficit de relaciones sociales y “sentimentales”.*
 - *Sentimientos de soledad y tristeza (más frecuentes cuando habla con o piensa en Padme).*
-

De acuerdo a los distintos aspectos expuestos en el presente capítulo, se utiliza para la clasificación diagnóstica el manual DSM-5. El proceso seguido ha sido el de comparar la lista de problemas del caso con los posibles criterios diagnósticos, a la vez que se sometían a contraste algunas de las principales hipótesis diagnósticas generadas hasta estos momentos.

El primer paso fue el de tratar de identificar los criterios de depresión y distimia, primeras aproximaciones a las quejas del paciente. Enseguida pudo comprobarse que no se cumplían los criterios del episodio depresivo y que los de distimia parecían asociarse de forma repetida a otros problemas. La aparición de una fuerte ansiedad social y problemas de evitación social nos llevaron a abordar la fobia social y el trastorno de la personalidad evasiva. Sin embargo, algunos episodios parecían indicar síntomas psicóticos (alucinaciones) y otros podían asociarse al trastorno por estrés postraumático (temor en entornos similares a los de la agresión). En el [cuadro 3.13](#) se compara la lista de problemas con los criterios del trastorno de la personalidad evasiva.

Cuadro 3.13. *Comparación de la lista de problemas con los criterios del trastorno de la personalidad evasiva*

<i>Lista de problemas del paciente</i>	<i>DSM-5 Trastorno de la personalidad evasiva [301.82]</i>
• <i>Problemas de toda la vida e inicio en la adolescencia</i>	Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:
• <i>Ansiedad extrema en</i>	1. Evita las actividades laborales que implican un contacto

<i>situaciones sociales</i> • Rumiasiones respecto a sus problemas • Desmayos en situaciones sociales • Despersonalización en situaciones sociales • Pseudoalucinación en situaciones sociales de trabajo	interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo 2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado
• Pensamientos de infravaloración • Ideas sobrevaloradas sobre la sociedad • Déficit de relaciones sociales y “sentimentales” • Sentimientos de soledad y tristeza	3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen 4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales 5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación 6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás 7. Se muestra extremadamente reactivo a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas
• Ansiedad ante determinados estímulos ambientales	Criterio incluido en los de fobia específica y trastorno de estrés postraumático

Puede observarse que el ajuste de la lista de problemas a los criterios es prácticamente completo, salvo para el caso de la ansiedad ante estímulos ambientales relacionados con la agresión. Debe observarse, igualmente, cómo los problemas se asemejan a los criterios en algunos aspectos, pero permanecen diferenciados en otros. Quiere decirse que la identificación entre problema y criterio DSM no puede ser completa, sino una mera guía de búsqueda y comparación. Por otra parte, la coincidencia de los problemas con los criterios comienza a aportar validez de contenido convergente a nuestra hipótesis psicopatológica. Para ganar validez divergente será necesario contrastar la lista de problemas con otros trastornos similares, pero distintos: hacer el diagnóstico diferencial. En la siguiente figura se incluyen algunas de las principales categorías con las que se realizó el diagnóstico diferencial ([cuadro 3.14](#)).

Cuadro 3.14. *Comparación de problemas y criterios para el diagnóstico diferencial*

<i>Lista de problemas del paciente</i>	<i>DSM-5 Diagnóstico diferencial</i>
• Problemas de toda la vida e inicio en la adolescencia • Despersonalización en situaciones sociales • Rumiasiones respecto a sus problemas	Trastornos de la personalidad esquizoide y esquizotípica El retraimiento social no debería evitarse, nuestro paciente sufre con su aislamiento social. Las alucinaciones deberían ser más realistas y probablemente más frecuentes

• <i>Pseudoalucinación en situaciones sociales de trabajo</i> • <i>Ansiedad extrema en situaciones sociales</i>	
• <i>Problemas de toda la vida e inicio en la adolescencia</i> • <i>Pensamientos de infravaloración</i> • <i>Ideas sobrevaloradas sobre la sociedad</i>	Trastorno de la personalidad dependiente Debería manifestar alguna dependencia de personas. Buscar una referencia y apoyo constantes
• <i>Pseudoalucinación en situaciones sociales de trabajo</i> • <i>Despersonalización en situaciones sociales</i> • <i>Ideas sobrevaloradas sobre de la sociedad</i> • <i>Déficit de relaciones sociales y “sentimentales”</i> • <i>Sentimientos de soledad y tristeza</i>	Esquizofrenia Las alucinaciones y posibles delirios deberían aparecer más estructurados y realistas. No aparecen síntomas negativos. BPRS parece confirmar la no existencia de síntomas psicóticos
• <i>Sentimientos de soledad y tristeza</i> • <i>Déficit de relaciones sociales y “sentimentales”</i> • <i>Problemas de toda la vida e inicio en la adolescencia</i> • <i>Pensamientos de infravaloración</i>	Depresión o distimia Los episodios depresivos no se diferencian bien. La tristeza puede explicarse mejor por las pérdidas y el aislamiento social. La distimia solo se apoya en el inicio temprano, pero puede explicarse por la repetición de otros problemas
• <i>Despersonalización en situaciones sociales</i> • <i>Pseudoalucinación en situaciones sociales de trabajo</i> • <i>Ansiedad extrema en situaciones sociales</i> • <i>Pensamientos de infravaloración</i> • <i>Desmayos en situaciones sociales</i> • <i>Déficit de relaciones sociales y “sentimentales”</i> • <i>Sentimientos de soledad y tristeza</i>	Trastorno de ansiedad social (fobia social) Debería sentir mayor malestar en más situaciones sociales y encontrar una cierta especificidad. Los inicios tempranos parecen alejarle de este diagnóstico
• <i>Situación de agresión</i>	Estrés postraumático Posiblemente complicará el caso en algún momento a lo largo de los

- *Ansiedad ante determinados estímulos ambientales*
- *Sentimientos de soledad y tristeza*
- *Déficit de relaciones sociales y “sentimentales”*

años. En la actualidad, parece que quedan algunas secuelas que se unen a las del trastorno de personalidad evasiva

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

Para mejorar la calidad del diagnóstico y aumentar la validez convergente y discriminante de nuestra hipótesis diagnóstica (debe diferenciarse de la de formulación incluida en el [capítulo 5](#)), se procedió a administrar al cliente dos pruebas relacionadas directamente con este tipo de problemas. Se utilizó el SCL-90-R de Derogatis (1993) para tratar de confirmar la lista de problemas, y asegurar la no existencia de otras posibles dificultades clínicas importantes. De entre las pruebas que ofrecen información sobre los trastornos de personalidad, se seleccionó el MCMI de Millon (1997) por considerar que la información dimensional aportada podía jugar un papel importante. Bien es cierto que tanto la IPDE como la SCID-II podrían haber resultado de utilidad. Ambas habrían sido más útiles si nuestro interés principal hubiera sido el diagnóstico y no el tratamiento, como era el caso. La mayoría de las preguntas diagnósticas de ambas entrevistas fueron empleadas de forma cualitativa durante la entrevista con Anakin. Los resultados de ambas pruebas se incluyen a continuación en las [figuras 3.3](#) y [3.4](#).

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

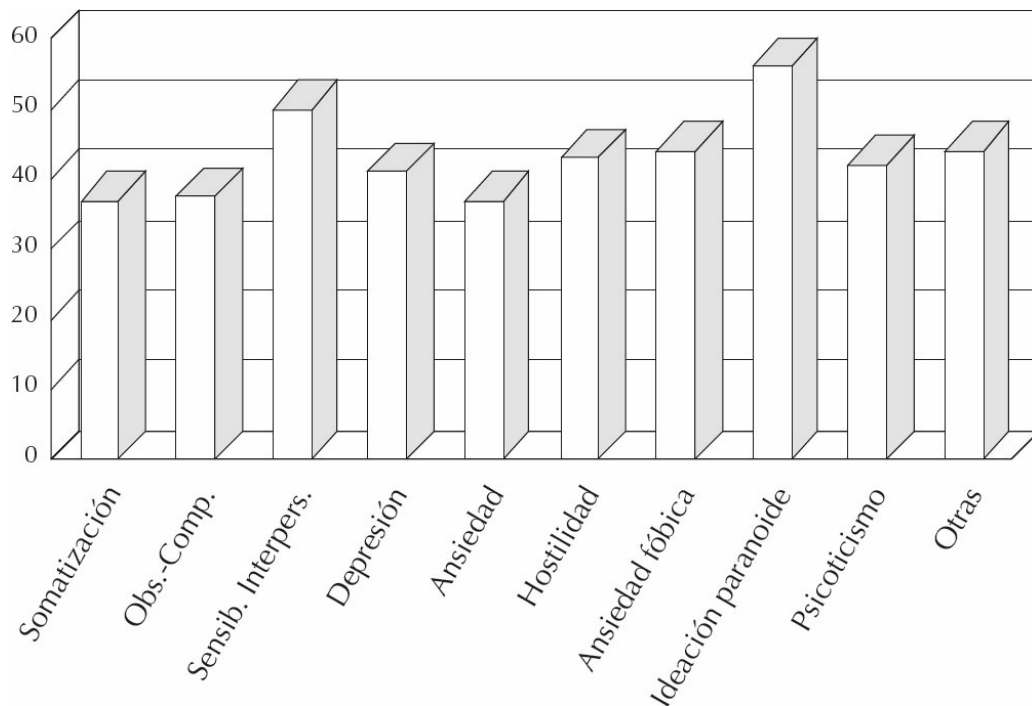


Figura 3.3. Resumen de resultados del SCL-90-R.

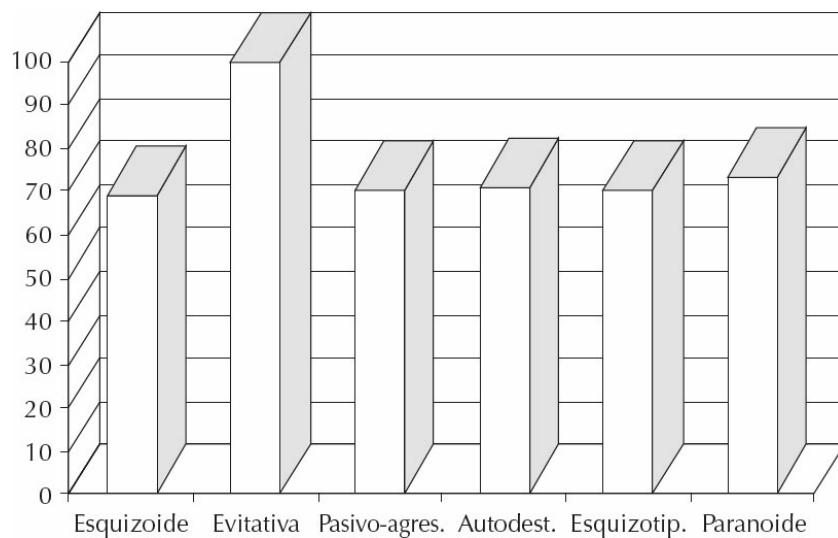


Figura 3.4. Resumen de resultados del MCMI-III.

Considerando toda la información anterior, se emite el diagnóstico de trastorno de la personalidad evasiva, con posibles secuelas de un trastorno de estrés postraumático o agudo debido a una agresión.

El lector habrá llegado a la conclusión de que la información diagnóstica en este tipo de problemas, como en tanto otros, solamente indica una cierta tendencia en la orientación del tratamiento que seguir. Pero no especifica ningún modelo causal, ni explícito, ni implícito, que permita diseñar un tratamiento personalizado. La información

respecto a los tratamientos estandarizados de manual para este tipo de diagnósticos también es muy escasa. Finalmente, los tratamientos estandarizados para una posible comorbilidad de diversas dimensiones de trastornos de personalidad y estrés postraumático no existen. De esta forma, es imprescindible continuar el proceso de EPC hasta conseguir convertir nuestra hipótesis diagnóstica en una formulación clínica del caso que ayude a emplear la información de forma más efectiva y personalizada.

4

Evaluación para el tratamiento I: análisis descriptivo

4.1. El análisis descriptivo en el proceso de evaluación

Al presentar el modelo de EPC que se propone en este texto ya se hizo hincapié en la necesidad de organizar las actividades a través de tres ejes: diagnóstico, análisis descriptivo y formulación clínica.

En el [capítulo 3](#) se abordaron aquellos aspectos más relevantes relacionados con el diagnóstico en su aplicación aislada. Sin embargo, cuando el objetivo final de la intervención psicológica es el tratamiento, el diagnóstico por sí mismo, tal y como lo conocemos en la actualidad, tiene una utilidad relativa: no permite conocer todas las particularidades necesarias para personalizar el tratamiento, no consigue establecer modelos funcionales individuales, no define la formulación clínica del caso. Es por ello que el proceso de EPC necesita de una información más completa para poder llegar a un sistema de hipótesis que nos ofrezca un modelo explicativo del caso y, por tanto, nos guíe en el diseño del tratamiento. Ya se ha visto al plantear el modelo de EPC que los tres ejes resultan difícilmente separables en la práctica clínica habitual y que las actividades descriptivas, funcionales y diagnósticas se entremezclan en un continuo que conforma el proceso de EPC.

Desgraciadamente, resulta demasiado complejo, al menos para las posibilidades de estos autores, detallar de forma conjunta todo el entramado de relaciones entre las distintas actividades. Por ello se ha preferido distinguir entre las actividades más relacionadas con la descripción, abordadas en el presente capítulo, y aquellas más relacionadas con la formulación, que se presentarán en detalle en el próximo capítulo. Sin embargo, el lector debe entender que el avance en la recogida de información descriptiva produce un avance en la génesis de hipótesis y este, a su vez, dirige la búsqueda de nueva información. Por tanto, al abordar en el presente capítulo las estrategias para la recogida de información que permiten un análisis descriptivo de los problemas de la persona, no debe entenderse de forma separada de los aspectos funcionales y de formulación que se verán en el próximo capítulo, ni ambos de los de

diagnóstico que se vieron anteriormente y a los que se hará continua referencia.

En este segundo momento del proceso de EPC, tras la exploración inicial, el psicólogo va a utilizar un enfoque que irá avanzando desde la molaridad inicial de la persona hacia un acercamiento molecular que permita identificar las variables que funcionan en cada problema. Posteriormente, al realizar el análisis funcional de los problemas, se volverá a organizar la información paulatinamente hasta llegar, de nuevo, de forma molar a la formulación. Es decir, el evaluador debe, en primer lugar, tratar de identificar los problemas de la persona para, posteriormente, ir analizando cada uno de ellos. La actividad del psicólogo en este punto puede entenderse desde una perspectiva deconstructiva que trata de aislar los factores responsables de la construcción actual del comportamiento de la persona. El objetivo es deconstruir la realidad y la óptica subjetiva de la persona para, con los análisis funcionales y la formulación, volver a construirla apoyándonos en un modelo psicológico explicativo.

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

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

4.2. Identificación de problemas

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

Esta es la primera labor de la EPC y, aunque vista desde fuera pudiera resultar

sencilla, la evidencia recogida por distintos autores (debe destacarse el trabajo de Antonio Godoy en la Universidad de Málaga) ha puesto de manifiesto que la labor no es tan sencilla como pudiera pensarse. De hecho, los índices de concordancia entre evaluadores no son demasiado esperanzadores, y más desesperanzador es admitir que excelentes especialistas pueden fracasar al identificar problemas sencillos. Por otra parte, los instrumentos de los que disponemos tampoco ofrecen unas garantías demasiado altas a la hora de identificar problemas. Las distintas orientaciones en salud mental que dotan de significado a distintos tipos de transacciones persona-ambiente, en función del marco teórico de referencia, no contribuyen a aclarar la situación. Este tipo de dificultades tienen que hacernos reflexionar sobre la necesidad de mantenernos en este punto en un nivel descriptivo básico, en el que los acuerdos son más fáciles de obtener, y utilizar una metodología sofisticada y multivariada para mejorar los criterios de calidad de esta fase de la EPC. A continuación, se revisa la amplitud del término *problema* y las principales estrategias útiles para conseguir la lista de problemas.

4.2.1. ¿Que son los problemas?

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

- Por un lado, un problema no puede ser definido de una forma muy general o amplia. Es decir, un problema no puede abarcar toda la existencia de la persona, por ejemplo, un problema no puede ser “me siento muy mal todo el día”. En este mismo sentido, un problema no debe identificarse con un diagnóstico, ya que cada etiqueta diagnóstica incluye necesariamente varios (y diversos) problemas. No puede decirse, por tanto, que el problema de la persona sea que sufre, por ejemplo, una depresión mayor, ya que esta etiqueta implica varios problemas específicos y que pueden variar en alguna medida entre distintas personas con el mismo diagnóstico. Igualmente, debe quedar claro que para el nivel de análisis adecuado a la EPC tampoco resulta útil el empleo de configuraciones estimulares demasiado amplias o que impliquen aspectos funcionales, por ejemplo, variables macrosociales. Por ejemplo, un problema no puede definirse en términos de “el malestar es consecuencia de la crisis económica internacional”.
- En el otro extremo, un problema no puede ser tan pequeño que apenas afecte al comportamiento global del individuo. Un problema no puede ser “cuando mi compañero de trabajo me habla del F. C. Barcelona, no sé qué decir”. Además de ser poco informativo, la descontextualización de la secuencia puede llevar a equívocos o errores difíciles de solventar desde una perspectiva tan reduccionista. Debe evitarse el denominado *efecto mariposa* derivado de la meteorología, y que

viene a advertir de cómo, en función de todo el conocimiento actual y de las leyes físicas establecidas, el movimiento de las alas de una mariposa en el Amazonas puede hacerse responsable de una tormenta en Estambul. Ya se ha mencionado la importancia de que la información utilizada sea relevante al caso, lo mismo puede decirse para las relaciones entre acontecimientos incluidas en una EPC. Este mismo término, relevante, puede ser muy adecuado a la definición de problema.

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

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

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

4.2.2. Formas (técnicas) de identificar problemas

La búsqueda adecuada de los problemas del paciente es uno de los puntos esenciales de la EPC. Es muy importante que los problemas sean adecuadamente identificados y definidos en términos lo más descriptivos posibles. De forma que, en las siguientes fases

sepamos a qué nos referimos y se reduzcan al máximo las interpretaciones inadecuadas de los diversos sucesos. La mayoría de los problemas deben identificarse en los primeros momentos de la evaluación, algunos en la primera fase de la primera entrevista y otros entre la primera y segunda, si bien, siempre pueden aparecer problemas a lo largo del proceso (nuevos, ocultos, etc.).

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

A) La entrevista

La entrevista clínica tiene un papel central en la EPC. De hecho, será la estrategia que inicie, ordene y coordine todo el proceso y, por supuesto, recoja información acerca del caso. La entrevista debe ayudar a construir una buena relación entre el paciente y el evaluador, relación de comprensión, empatía y ayuda que facilite la expresión completa de los problemas y preocupaciones del paciente. La relación de confianza entre el paciente y el terapeuta es, por tanto, un elemento básico que facilita la recogida de información de calidad en el proceso de EPC, así como para la viabilidad del mismo. Hasta que este tipo de relación no se haya conseguido, la información recogida correrá un gravísimo riesgo de resultar incompleta o sesgada. Este hecho no es óbice para que el entrevistador tenga que mantener un estilo directivo que ayude a la persona entrevistada a identificar qué se espera de ella, qué información debe aportar, en qué tipo de proceso se está implicando y, en definitiva, a situar correctamente los roles del entrevistado. Es, igualmente, el momento de comenzar a ajustar las habilidades del terapeuta a las necesidades del paciente, tal y como se comentó en el primer capítulo. Durante la entrevista, pueden utilizarse distintas estrategias de recogida y contraste de información que, utilizadas adecuadamente, pueden ayudar a optimizar los índices de calidad de la misma, generalmente bajos. En el [cuadro 4.1](#) se presentan algunas de las principales estrategias útiles en la entrevista clínica, se incluyen sus funciones y algunos ejemplos para que puedan servir de guía en su empleo.

Cuadro 4.1. *Ejemplos de tipos de estrategias que utilizar en una entrevista clínica*

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

Fuente: A partir de Sturmey, 1996

Sturmey indica cómo las distintas estrategias tienden a ser utilizadas en los diferentes momentos de la entrevista clínica. De esta forma, tal y como se indica en la [figura 4.1](#), tras la exploración inicial y la conversación breve que suele incluir, se comienza por establecer el marco de la entrevista. Enseguida se pasa a una primera parte

de la entrevista en la que el objetivo principal es recoger información del entrevistado, en este momento las preguntas abiertas tienden a ser las más útiles. Cuando la información empieza a redundar o saturarse, se pasa a una segunda fase de preguntas cerradas de contraste y búsqueda específica de información. La entrevista suele terminar con una fase de resumen y devolución de información en la que las paráfrasis y los resúmenes son muy adecuados. Obviamente, los patrones pueden repetirse durante una misma sesión y se admiten los círculos y las vueltas atrás siempre que el clínico lo considere necesario.

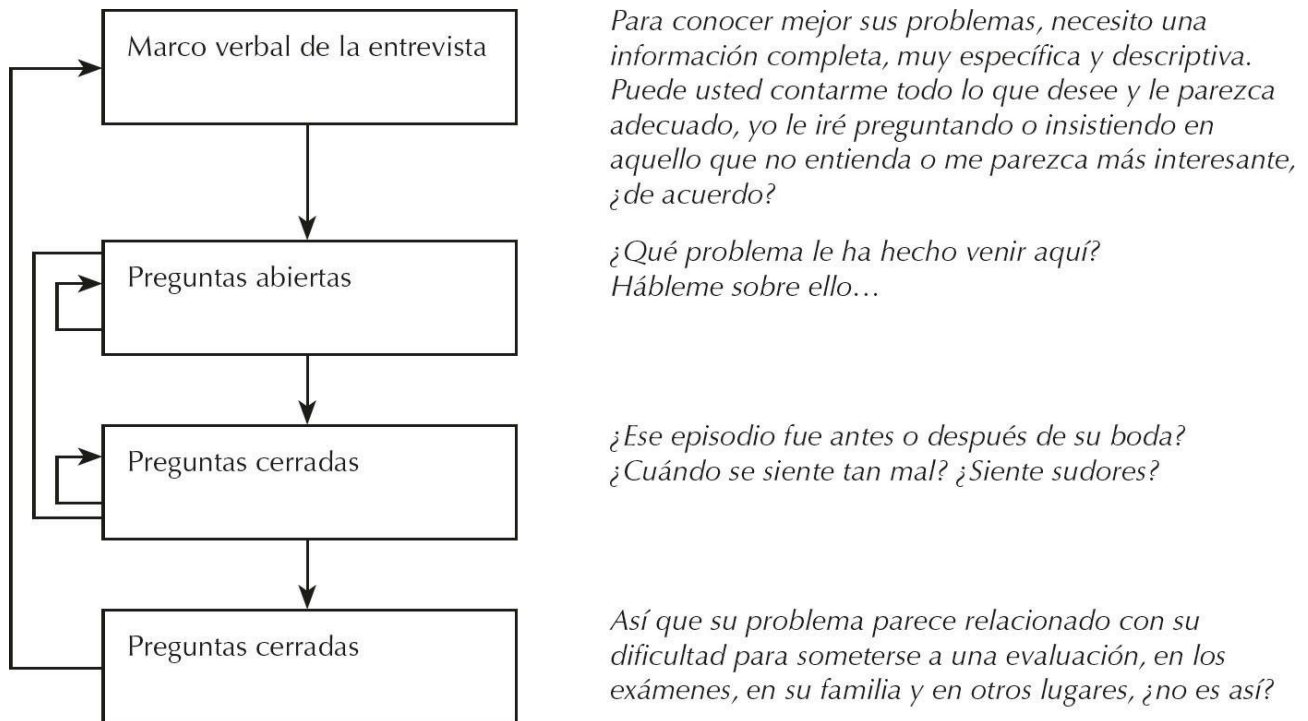


Figura 4.1. Tipos de preguntas a lo largo de la entrevista clínica.

Fuente: A partir de Sturmey, 1996.

Para facilitar la labor de iniciar y mantener una entrevista clínica se han desarrollado pautas y guías de entrevista más o menos amplias y más o menos estructuradas, y útiles como punto de partida durante la primera sesión de evaluación con los pacientes.

En el material para el terapeuta, se presenta una pauta general que los autores han venido utilizando en los últimos años con resultados aceptables en cuanto a la utilidad como guía para la primera entrevista clínica con adultos. La pauta se adapta mejor a algunos casos que a otros, pero, en general, ayuda a recoger la información más relevante y a coordinar el proceso de EPC. No debe olvidarse que, como en aquel mes de mayo francés, las normas están para romperlas. No pretende ser una entrevista estructurada, sino una pauta o guía de entrevista inicial que, en la línea de las propuestas por otros autores como Fernández-Ballesteros (2013), identifique las principales áreas relevantes en la evaluación y proponga preguntas de acercamiento a las mismas. Así,

debe ser utilizada de forma flexible y ser adaptada a cada paciente y situación específica. Como puede observarse, la pauta propuesta aborda aspectos relacionados con el análisis descriptivo, el funcional y el diagnóstico, cubriendo de esta forma los tres ejes del proceso de EPC. A lo largo del texto, iremos destacando distintos momentos y fragmentos de la pauta, de acuerdo con la labor que se comente en cada caso. En primer lugar, nos centraremos en las preguntas relacionadas con la identificación de problemas.

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

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

1. La persona solamente refleja problemas globales que afectan a toda su existencia. “Toda mi vida es un desastre”, “todo me sale mal”, “vivo completamente asustada y no sé qué hacer”, etc. En este caso, la solución más eficaz es la de intentar comenzar a desintegrar el gran problema existencial en pequeños problemas más fácilmente definibles y abordables. La inicial dificultad de esta situación se ve recompensada con mejorías iniciales muy rápidas, una vez que el paciente comienza a comprender que no toda su vida es tan mala, sino que tiene algunos problemas que debe resolver. Algunas estrategias con buenos resultados para *romper problemas* pueden ser:
 - Pedir a la persona que identifique aspectos de su vida que todavía funcionen bien. Por ejemplo, a una persona mayor que acude quejándose de una inmensa tristeza continua puede preguntársele por los momentos que pasa con sus nietos pequeños; casi siempre estos momentos no revisten tanta tristeza.
 - Diferenciar los momentos peores de algunos *algo mejores* ayuda a comenzar a identificar los problemas más graves.
 - Pedir un relato de todo un día, por ejemplo, el mismo día de la entrevista. Necesariamente, debe haber momentos en los que la persona no tenga presente ningún problema y no se sienta tan mal. Una buena pregunta para empezar puede ser: “Recuerde usted, cuando se ha despertado esta mañana, ¿ya estaba

usted pensando en el problema? Quiero decirle nada más sentir que estaba despierto”.

- Explorar el funcionamiento de la persona en distintas áreas de su vida (familiar, laboral, ocio, etc.), para facilitar la identificación de dificultades específicas, así como funcionamientos adecuados de la persona en cada una de ellas.

2. La persona informa que no tiene problemas en su vida. Este caso tiende a ser algo más complejo que el anterior. Generalmente, ocurre cuando las personas vienen obligadas a la consulta, casos judiciales, por ejemplo, o cuando los trastornos cursan sin conciencia de enfermedad o malestar. En esta ocasión, las alternativas son múltiples y pueden llegar a implicar otras técnicas distintas a la entrevista.

- Utilizar la información de la exploración inicial puede dar buen resultado en muchos casos. Buenos ejemplos pueden ser los casos de abuso o dependencia del alcohol u otras drogas, normalmente con efectos visibles si el problema es serio, o algunos casos de anorexia.
- Revisar un día normal de la vida del paciente. No un día en abstracto, sino el día de la entrevista o el anterior, siempre que estos no hayan sido excepcionales (p. ej., la persona ha estado de viaje, celebración, etc.).
- Implicar el juicio de terceras personas: “¿Qué problemas piensa su familia (amigos, médico, etc.) que tiene usted?”. Recurrir a entrevistas con informadores es un caso extremo de este tipo de situación.
- Hacer preguntas sobre los objetivos en la vida, iniciando una técnica de ideales de vida. “¿Qué le gustaría hacer o ser en la vida?”, “¿Qué le gustaría haber sido?”, “Si le tocaran 12 millones de euros en la lotería, ¿qué cosas cambiaría en su vida?”. Los ámbitos que se preferirían cambiar tienden a indicar posibles problemas actuales y podrán indicar el camino por el que comenzar una evaluación más detenida.
- En última instancia, antes de recurrir a otras técnicas o estrategias, puede ser conveniente continuar la entrevista sobre los distintos ámbitos de actividad de la persona. Ante este tipo de preguntas también es frecuente la aparición de información relativa a problemas o trastornos.

Una vez identificado al menos un problema comienza la búsqueda de información guiada por las hipótesis, método que ya se apuntó en la exploración inicial y que va a continuar durante todo el proceso. Estas hipótesis pueden provenir de distintas fuentes: la información de la exploración inicial, la información ofrecida por el paciente en las primeras preguntas y la identificación de problemas tipificados como criterios diagnósticos en los sistemas de clasificación más utilizados (DSM y CIE). Se trata de abrir un abanico de problemas, un árbol que nos permita ir rastreando todas las

situaciones potencialmente difíciles de la vida de la persona. Según las clasificaciones diagnósticas han ido siendo más descriptivas y basadas en la evidencia, las listas de criterios diagnósticos han reflejado mejor una realidad de comportamientos y situaciones que tienden a aparecer conjuntamente en forma de conglomerados de problemas. Si bien los determinantes funcionales de esos problemas siguen respondiendo en gran medida a situaciones particulares y a elementos idiosincráticos de cada persona, la evidencia indica la existencia de configuraciones de síntomas o problemas que son susceptibles de ser empleados en la EPC como heurísticos de búsqueda de problemas. Quiere decir que si una persona nos informa de que sufre ataques repentinos e incontrolados en los que siente que va a perder el control sobre sí misma o va a morir, y estos sentimientos se acompañan de sensaciones muy intensas de miedo o ansiedad, tenemos una gran probabilidad de encontrar problemas de evitación agorafóbica de ciertos lugares, quizás problemas para quedarse sola en casa o alejarse de centros hospitalarios, etc. En este sentido, una vez que identificamos algunos de los criterios de un trastorno, es muy recomendable llevar a cabo un barrido por el resto de criterios de ese trastorno y por los de los trastornos con índices importantes de comorbilidad. Esta exploración de los criterios puede hacerse en la misma entrevista incorporando las preguntas claves para los principales trastornos. Algunos autores, como Vázquez y Muñoz (2003), han elaborado una propuesta interesante en este sentido. En la [figura 4.2](#) se ofrece un ejemplo relacionado con un episodio depresivo.

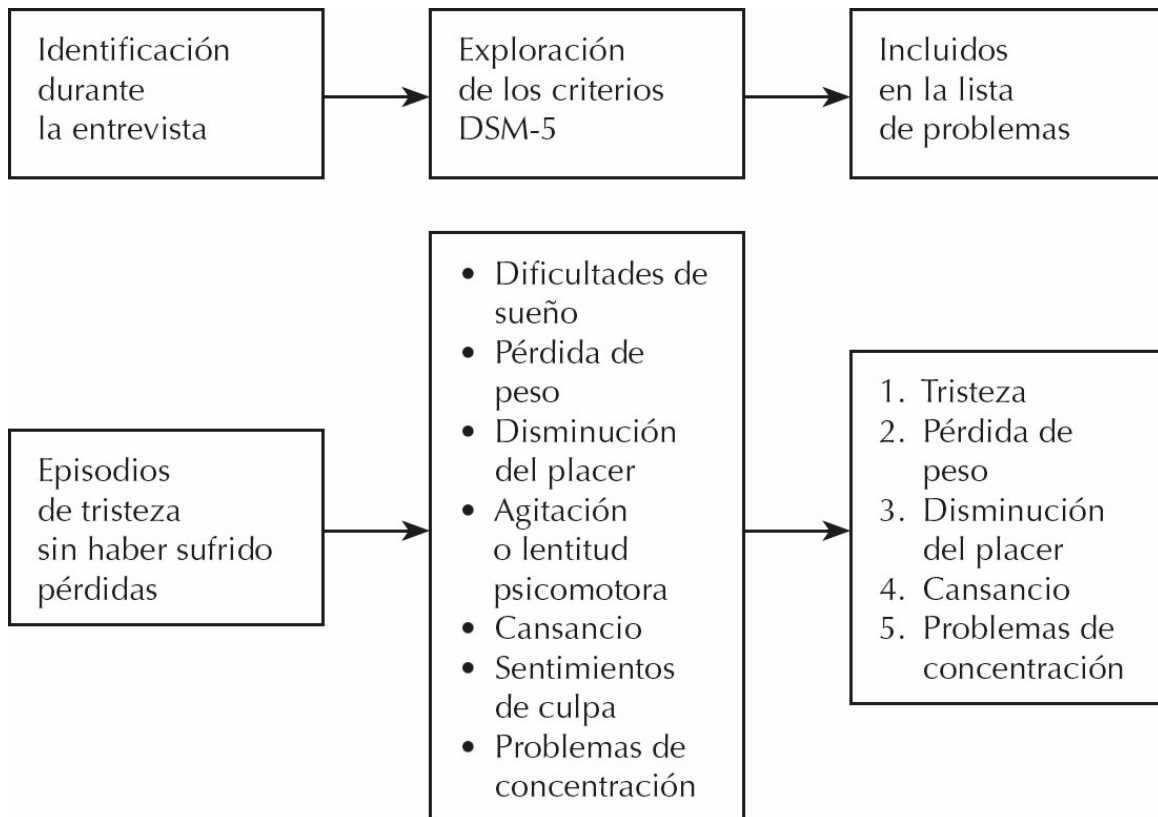


Figura 4.2. Ejemplo de búsqueda de problemas guiada por los criterios DSM-5 para los

episodios depresivos.

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

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

Los principales ámbitos de funcionamiento de la persona pueden rastrearse siguiendo las orientaciones ofrecidas por las clasificaciones diagnósticas DSM-5 y CIE-11, utilizando algún modelo o instrumento de calidad de vida o funcionamiento psicosocial, o puede hacerse de manera más informal adaptándose a las circunstancias del paciente. Aunque este tema será abordado con mayor detalle en el [capítulo 7](#), es necesario señalar aquí que resulta necesario revisar, al menos, las siguientes áreas de funcionamiento psicosocial:

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

Aunque la evaluación en este punto se centra en la situación actual de la persona, debe valorarse la conveniencia de introducir algunas preguntas relativas a sucesos pasados que podrían afectar directamente el funcionamiento actual. Los sucesos vitales estresantes, y muy especialmente los malos tratos en la infancia y el abuso o agresiones sexuales, han sido aconsejados por la APA como preguntas obligatorias de exploración en cualquier proceso de evaluación. Sin embargo, aunque su importancia es indiscutible, la relación establecida con el paciente y su disposición a informar de sus problemas debe ser valorada antes de formular alguna de estas preguntas que, realizadas de forma brusca o en mal momento, pueden predisponer al paciente a ofrecer una cierta resistencia o, incluso, un rechazo de la evaluación.

B) Cuestionarios

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

El campo de investigación y desarrollo de cuestionarios es, sin ninguna duda, uno de los ámbitos de mayor desarrollo de la evaluación psicológica. Las estrategias de creación de los mismos (empíricas, factoriales y teóricas) están bien establecidas. Los procedimientos de aplicación son igualmente bien conocidos y sus criterios de calidad (fiabilidad y validez, principalmente) se cursan en todos los planes de estudios de psicología del mundo. No vamos a insistir mucho más en ellos, pero sí debe recordarse la necesidad de utilizar cuestionarios que cumplan unas normas y criterios de calidad mínimos tal y como se establece en los *Standars* propuestos por la APA (APA, AERA y NCME, 2013) y otras asociaciones profesionales con mayor peso europeo, como las directrices internacionales para el uso de los test (International Tests Comisión, 2013).

Por otra parte, en cuanto a la inclusión de cuestionarios en un proceso más completo de EPC, no hay que perder de vista que la calidad recae más en el proceso que engloba la interpretación final de la información y su contraste, que en cada uno de los instrumentos concretos. De hecho, se pueden emplear cuestionarios muy buenos en procesos de evaluación, finalmente, muy malos. Del mismo modo, se pueden realizar procesos de evaluación muy aceptables que incluyan la utilización de instrumentos algo más débiles en su calidad.

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

1. *Antes de la primera entrevista.* Ya se ha comentado que la práctica de utilizar un

cuestionario previo a la primera entrevista puede facilitar una parte del trabajo clínico inicial y ayuda a orientar a los pacientes, desde el inicio, en función de sus problemas principales. En este sentido, el empleo de cuestionarios biográficos y de detección antes de la primera entrevista puede aportarnos una información muy rica respecto a las circunstancias vitales de los pacientes y, por supuesto, puede ayudar a identificar los principales problemas o, al menos, orientarnos en su búsqueda posterior durante la entrevista.

Los cuestionarios de detección, ya se ha comentado en el capítulo anterior, pueden resultar de gran utilidad en este tipo de actuación. Algunos test de personalidad, como son el MMPI-2-RF o el MCMI-IV, pueden cumplir esta función adecuadamente, aunque debe considerarse su longitud y duración más como un inconveniente que como una ventaja antes de emplearlos en estos momentos.

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

C) Autorregistro

Los autorregistros tienen una mayor utilidad en la búsqueda de información sobre secuencias, pero pueden ser también empleados para la identificación de problemas. Su uso en los momentos iniciales de la intervención presenta algunos inconvenientes, como la falta de entrenamiento en autoobservación y la posible poca colaboración en los mismos debido, en gran medida, a la incomprensión por parte del paciente de su importancia. Sin embargo, también presentan algunas ventajas: activan al paciente desde el principio ya que inician el entrenamiento en autoobservación, ayudan a reatribuir mejor

los sucesos y sirven como medidor del cambio posterior, sin olvidar los efectos positivos del autorregistro en muchos problemas, en los que es capaz de provocar cambios de hasta un 30 % de reducción en la frecuencia de aparición del problema. La utilidad de este tipo de cambios iniciales y fáciles de obtener, aunque no sean duraderos, es bien conocida para la adherencia al tratamiento, y resulta esencial si se considera que los pacientes esperan ver cambios en su vida antes de las seis primeras sesiones. Obviamente, deben cumplirse todos los requisitos de entrenamiento del paciente, de diseño del autorregistro y de sencillez, para que la persona pueda implicarse en la tarea y llevarla a cabo sin dificultades añadidas. Los autorregistros tienen distintas formas y utilidades dentro del proceso de EPC, las más importantes son:

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

En términos generales, puede recomendarse su uso con la mayoría de los pacientes después de la primera o segunda sesión de evaluación y resultan especialmente interesantes en los casos en que la persona nos indica que toda su vida es un problema en su globalidad. Para identificar problemas, los autorregistros más empleados son muy sencillos, generalmente es suficiente con pedir a la persona que registre aquellos momentos en que se sienta peor, sin mucha más información que podría llevar al incumplimiento de la tarea. Posteriormente, se comentarán estas situaciones en la entrevista. En la [figura 4.3](#) se ofrece un ejemplo de autorregistro para identificar problemas de una persona que se queja de que “toda su vida se ha ido al traste y que se siente completamente incapaz de salir adelante”. La persona debe registrar el grado de malestar que experimenta en una escala de 0 a 10. Posteriormente, en la entrevista, se preguntará al respecto de esas situaciones: “¿Qué pasó el jueves a las 19 h?”, “¿ese problema se repite todas las tardes?”, o “¿qué pasa por las tardes?”, “¿cuál es su actividad principal a esas horas?”.

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

Figura 4.3. Ejemplo de autorregistro para identificar problemas.

En algunos casos, principalmente para identificar problemas cognitivos (pensamientos, ideas irracionales, expectativas desajustadas, etc.), puede ser de utilidad pedir a la persona que nos escriba un diario, a la manera tradicional, es decir, resumiendo por las noches las actividades llevadas a cabo durante el día, sus preocupaciones, creencias, etc. Esta estrategia, claramente cualitativa, es capaz de identificar creencias y pensamientos que una persona difícilmente expondría en una primera o segunda entrevista. Además, añade a las ventajas de los autorregistros las de las técnicas narrativas. Nos acercamos a la narración del propio paciente de sus problemas y de su vida, narración que tendrá que abordarse en algún momento de la terapia y que conviene ir conociendo. En esta misma línea, el diario podrá constituirse en una técnica de intervención en un segundo momento y no es malo que la persona haya comenzado a utilizarla desde el principio para evitar o corregir la reactividad de este tipo de técnicas. La habilidad del clínico para identificar esta información en el diario, y posteriormente obtener clarificaciones durante la entrevista, resulta clave para obtener el máximo partido de este tipo de estrategia, que, por otra parte, puede combinarse perfectamente con un registro más cuantitativo si fuera necesario.

Tradicionalmente, los autorregistros más utilizados han sido los de papel y lápiz,

con múltiples sugerencias para distintos usos y problemas. Sin embargo, el desarrollo de las nuevas tecnologías en los últimos años y su uso generalizado entre la población, y de forma especial la generalización del uso de los *smartphones*, han permitido la digitalización de los autorregistros, lo que ha ampliado sus posibilidades de uso, ha facilitado su cumplimentación, y ha posibilitado lo que algunos autores han llamado *evaluación ambulatoria* (Carpenter, Wycoff y Trull, 2016). Además de las aplicaciones dirigidas específicamente a problemas o trastornos concretos como sintomatología psicótica (Eisner *et al.*, 2019) o depresiva (Renn *et al.*, 2018), actualmente existen diversas aplicaciones que permiten la creación o adaptación de plantillas a las necesidades específicas de los pacientes, permiten al psicólogo tener acceso a la información recogida por los pacientes en todo momento o enviar recordatorios a los pacientes para reducir el incumplimiento de los mismos, facilitan el almacenamiento de datos y su tratamiento posterior haciendo más sencillo el seguimiento de la evolución del paciente y la devolución de información sobre la misma, etc. Algunos autores, como Luxton, McCann, Bush, Mishkind y Reger (2011), han realizado revisiones sobre aplicaciones útiles en el contexto clínico.

Independientemente del formato, resulta muy importante destacar la utilidad que puede tener para el proceso de obtención de información la integración de los autorregistros en las entrevistas con el paciente. Esto puede tener múltiples ventajas, relacionadas, por ejemplo, con la percepción de utilidad del paciente respecto a los propios autorregistros, costosos en tiempo y recursos, y que pueden mejorar la cumplimentación de los mismos, así como también permiten, a partir de la información recogida en los mismos, ampliar dicha información.

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

Las entrevistas con informantes que puedan añadir y contrastar la información ofrecida por el paciente, e incluso colaborar en la terapia, no solo resultan recomendables, son imprescindibles. La importancia de contar con información y colaboración del entorno del paciente es esencial en la mayoría de los problemas que se abordan en los procesos de intervención en psicología clínica. Las evaluaciones clínicas son, en muchos casos, muy poco *ecológicas*, es decir, se realizan en entornos muy alejados del contexto real en el que el paciente se desenvuelve y existe un riesgo real de que los resultados de las mismas no reflejen realmente lo que le ocurre a la persona ni cómo afecta a su entorno. Por ello, entendiendo las dificultades que esto puede suponer, resulta imprescindible intentar conocer y considerar la perspectiva de personas significativas que complementen la información obtenida y la hagan más completa y *real*. En ese sentido, es importante informar a los pacientes, desde el principio, de nuestra posición. *Vamos a tratar de hablar con sus familiares y, posiblemente, les pidamos que colaboren en la intervención. ¿Está usted de acuerdo?, ¿con quién cree usted que podríamos hablar?*

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

- a) Confirmar y dimensionar los problemas identificados hasta ahora.
- b) Añadir problemas no identificados hasta el momento.
- c) Poner en tela de juicio alguno de los problemas identificados, así como otros aspectos como el funcionamiento de la persona y su afectación en distintas áreas.

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

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

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

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

En la mayoría de los casos, las técnicas y estrategias comentadas hasta ahora son suficientes para identificar adecuadamente los problemas del paciente con suficientes garantías de calidad. Pero en la clínica diaria se presentan algunas ocasiones en que las dificultades para dar con los problemas del paciente se hacen más evidentes, con lo que llega a resultar verdaderamente compleja la tarea de búsqueda de transacciones problemáticas en la vida de la persona. Son casos en los que, generalmente, los pacientes no presentan quejas explícitas y, a pesar de la entrevista y los otros métodos, no consiguen exponerlas. A la vez, desafían las habilidades del psicólogo para encontrar aquello que funciona mal en la situación personal del paciente. De forma alternativa, se encuentran casos en los que las listas de problemas comienzan a ser tan amplias que, enseguida, el evaluador debe entender que tiene que existir un núcleo que explique toda

la configuración extrema de problemas; se trata de los trastornos de personalidad. Ya se han expuesto algunas alternativas para identificar los problemas en este tipo de casos, pero en casos especiales puede que no hayan resultado eficaces y la situación general no termine de aclararse. Finalmente llegan a la consulta personas que o no vienen suficientemente motivadas para la intervención o sus problemas dificultan la colaboración en la misma (en el caso de los malos tratos, ni a las víctimas ni a los maltratadores les resulta sencillo informar de sus comportamientos y problemas), como casos provenientes de juzgados, forzados por sus familiares o algunas patologías que precisamente desmotivan al paciente. Como puede suponerse, la búsqueda de problemas resulta compleja, si no imposible, en muchas de estas ocasiones.

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

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

Al emplear este tipo de técnicas en el marco de un proceso de EPC, el evaluador debe aprovechar las ventajas de las mismas en cuanto a facilidad de expresión de los pacientes, la dificultad de simulación en las mismas y la flexibilidad de su estructura, a la vez que controlar sus desventajas, centradas en su interpretación más compleja, someter los posibles hallazgos a un proceso riguroso de convergencia con otras técnicas y, de ser posible, de contraste de hipótesis de forma experimental, y dejar las conclusiones para el contraste de la formulación final del caso. Por ejemplo, si en una entrevista comenzamos a sospechar de los malos tratos sufridos en la infancia por nuestro paciente, pero no conseguimos que él mismo nos informe de ellos (puede haber

distintos motivos para esta falta de información, desde la vergüenza extrema o la culpa hasta la falta de recuerdos estructurados al respecto, por ejemplo), podemos utilizar una estrategia proyectiva para intentar facilitar la información.

Una vez iniciado el proceso de expresión del problema, podríamos volver a la entrevista o utilizar estrategias alternativas, como la hipnosis o las técnicas narrativas, para continuar la exploración y confirmar la información obtenida. La calidad de la evaluación no dependerá de la poca o mucha calidad de la técnica proyectiva de forma aislada, núcleo de las discusiones tradicionales sobre su utilidad, sino del proceso de forma global.

4.2.3. La lista de problemas

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

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

La lista de problemas debe recoger, de forma exhaustiva, todos los problemas identificados. Es imprescindible hacerla por escrito para poder ver todos los problemas a la vez, ya que en la mayoría de los casos estos superan la capacidad de procesamiento de la memoria humana. La revisión visual de la lista suele facilitar pistas respecto a las relaciones entre los distintos problemas identificados inicialmente: relaciones temporales, independencia, identidad de problemas recogidos con distintos términos o desde distintas perspectivas, etc. Es aconsejable contar con una pizarra en la cual el evaluador va anotando los problemas de los que el paciente va informando, incluso contemplando una disposición espacial que ayude a entender mejor las relaciones entre los mismos. Una hoja de papel puede hacer la misma función, pero la posibilidad de borrar tantas veces como sea necesario resulta, ciertamente, muy útil. Es necesario consensuar la lista con el paciente para facilitar su implicación en la terapia y para asegurarle que le hemos entendido y escuchado en todas sus quejas. Este consenso puede intentarse conseguirse desde el principio o abordarlo en la entrevista de devolución de información según pueda interesar en cada caso. La ventaja de hacerlo desde el principio es que se empieza a implicar al paciente en la intervención; la desventaja es que pueden ir apareciendo más problemas a lo largo de la evaluación o pueden existir problemas de

los que el evaluador prefiere no hablar en estos momentos iniciales. De esta forma, el paciente puede perder confianza al pensar que no se están contemplando o que el evaluador no ha sido capaz de identificarlos. La decisión debe tomarse en cada caso en función de los problemas y del paciente, y el evaluador siempre debe pensar en la posibilidad de contar con dos listas de problemas: una para compartir con el paciente y otra propia, del evaluador, que el paciente no siempre debe conocer en todos sus detalles, al menos, inicialmente.

La lista de problemas puede organizarse de distintos modos, en función de la importancia de los mismos otorgada por el paciente, en función de la gravedad y amplitud del problema, en función de la dificultad o facilidad de cambio de cada problema, en un esquema temporal, etc. Un caso especial radica en la posibilidad de intentar comenzar la asignación de un diagnóstico tentativo en función de la concordancia de la lista de problemas con los criterios diagnósticos de elección. Ya se ha comentado el valor de estas listas de criterios como elementos heurísticos en la búsqueda de problemas, es lógico que el estudio de su concordancia pueda seguir ayudando en el proceso de EPC, y que la visión del caso que tenemos delante en cada momento pueda aclarar los criterios diagnósticos. En el [cuadro 4.2](#) se ofrece un ejemplo de los problemas presentados por un varón con miedo a volar en avión y su ajuste a los criterios DSM-5.

Cuadro 4.2. *Lista de problemas de un varón con miedo a volar en avión y su ajuste a los criterios DSM-5 para fobia específica*

<i>Paciente</i>	<i>DSM-5-fobia específica situacional</i>
Sensaciones de miedo cuando se encuentra en un avión	A) Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica B) El objeto o situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata
Evitación, siempre que puede, de viajar en avión	C) El objeto o situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa F) El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes
Ingestión de alcohol y biodramina en cantidades altas antes del vuelo	C) El objeto o situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa
Cierta sensación de malestar cuando realiza cualquier actividad relacionada con un viaje en avión	A) Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica
La persona reconoce que el avión es el medio de transporte más seguro y que la probabilidad de sufrir un accidente es despreciable, pero no puede dejar de temerlo	D) El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural
Pensamientos de minusvaloración de sí mismo	No coincide con criterios de fobia específica

Siempre se corre el riesgo de que algunos problemas hayan pasado desapercibidos al

clínico y la lista deba recomponerse más adelante. Aunque al principiante este hecho puede parecerle muy destabilizador, ni es tan frecuente ni es tan peligroso. El evaluador, sencillamente, debe admitir la nueva información e integrarla en la formulación global a la vez que comenta con el paciente los posibles motivos de su paso por alto en las sesiones anteriores. En cualquier caso, una vez que el psicólogo piensa que la lista es suficientemente completa, habrá de pasar a investigar el tipo de configuración exacta de la transacción ambiente-persona que hemos incluido en cada problema.

4.3. Análisis de secuencias

De igual forma que los perfiles de la costa de una región marítima, algunas estructuras biológicas o diversas fórmulas matemáticas se reflejan en una estructura de fractales, en los que la estructura general tiende a repetirse en los distintos niveles de complejidad del fenómeno: los fractales. La realidad social, biográfica y actual de una persona puede entenderse igualmente como un juego de fractales, en los que en cada fractal se repiten las variables, estructuras y relaciones del nivel anterior. Estableciendo unas relaciones entre los distintos niveles que parecen trasponerse entre sí. El nivel de integración o de análisis de esas variables puede modificarse sensiblemente en función del interés o del enfoque. De esta forma, todos los sucesos tienen uno o varios antecedentes próximos que determinan su probabilidad de aparición y que son el resultado de los procesos sociales en los que vive inmerso el individuo y de su trayectoria biográfica. De alguna forma, las transacciones presentes de la persona con su contexto, sustentadas por un sustrato biológico, reflejan todo su espacio sociocultural y toda su trayectoria y experiencia personal. Es razonable pensar que, de la misma forma que todos los sucesos sociales aparecen por efecto de una o varias variables, los sucesos personales también responden a un juego de causalidad similar, en su nivel biográfico o concreto. En la [figura 4.4](#) se ofrece un esquema simplificado de este razonamiento.

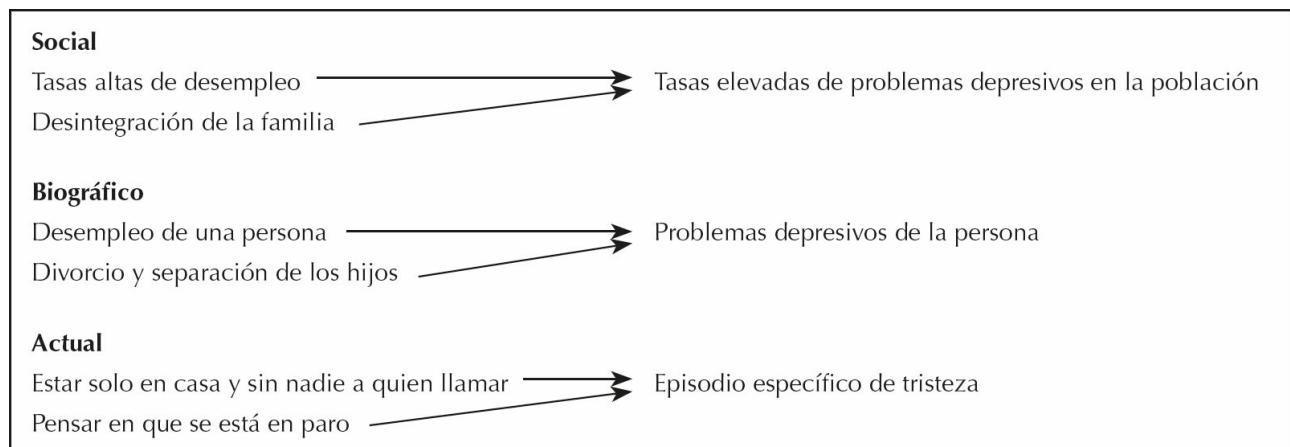


Figura 4.4. Niveles de integración y análisis de las variables.

En la figura se presenta un supuesto en el que se observa cómo los determinantes macrosociales parecen indicar que una tasa alta de desempleo, unida a la desintegración familiar de las sociedades occidentales, puede explicar una parte importante del incremento en las tasas de depresión de una población, detectado en los estudios epidemiológicos. Este hecho afecta a las personas concretas de esa población, de forma que nuestra paciente puede haber sufrido un despido que la ha colocado en una situación de desempleo, a la vez que, fruto de su divorcio y la separación de sus hijos, la persona se encuentra sola y con bajos recursos de apoyo social. El último nivel nos señala que, un día concreto, nuestra paciente se encontraba sola en casa, no tenía a quien recurrir para pedir ayuda o hablar y comenzó a pensar en su situación de desempleo; este episodio terminó con una sensación muy importante de tristeza, llanto y sensaciones de desesperanza.

Nuestro punto de vista es que en la psicología clínica deben integrarse los niveles biográficos y actuales para conseguir un abordaje integral de los problemas personales y psicosociales que determinan los problemas de las personas. Obviamente, los niveles sociales deben conocerse e integrarse para contextualizar la intervención. Al igual que los niveles biológicos, que sustentan toda actividad psicológica, deben considerarse para completar el esquema biopsicosocial que dirige nuestra actividad.

El análisis de secuencias va a centrarse en el estudio de los determinantes del comportamiento, a partir de la identificación y análisis de secuencias concretas, mientras que el análisis del desarrollo, que veremos en el siguiente apartado, va a explorar la biografía personal del paciente para identificar igualmente los posibles determinantes del comportamiento pasado y actual. La conjugación de ambos tipos de análisis otorga a la EPC una riqueza única en sus contenidos y en sus posibilidades de comprensión del comportamiento humano.

4.3.1. Aspectos cuantitativos del análisis de secuencias

Este tipo de análisis implica el nivel más molecular al que llegará la EPC. Siguiendo el esquema molar-molecular que dirige toda la primera parte de la EPC, vamos a hacer un esfuerzo por descomponer los problemas, incluidos a estas alturas en la lista de problemas, en unidades más pequeñas de sucesos o acontecimientos que aparecen concatenados para formar un juego de transacciones específicas ambiente-persona, que podemos denominar *secuencia de acontecimientos*.

Dado que es prácticamente imposible que un problema esté presente de forma continua en la vida de la persona, la secuencia de acontecimientos se refiere a la forma en que aparece el problema cada vez que ocurre. Si una persona sufre episodios de tristeza, una secuencia podrá ser la última ocasión en que se sintió triste; ayer por la tarde, por ejemplo.

En esta misma línea, el análisis de secuencias debe indicarnos en qué situaciones aparecen los episodios de tristeza, qué siente, piensa y hace la persona cada vez que tiene uno de estos episodios, y cómo se modifica su ambiente posteriormente a su

comportamiento. Todo ello desde los primeros momentos previos al episodio hasta que este ha terminado. Es decir, el análisis de secuencias supone la identificación y descripción detallada de secuencias concretas en las que se ha presentado cada uno de los problemas, con el objetivo de entender qué y cómo se manifiestan estos problemas para, posteriormente, identificar qué variables juegan un papel relevante en la explicación de los mismos. Para ello, existen diferentes aspectos cuantitativos de marcado interés para la evaluación que deben ser considerados.

A) Muestreo

Resulta fundamental enfatizar aquí la necesidad de identificar secuencias concretas sobre las que obtener una información lo más detallada posible, y evitar la tendencia a la generalización que suelen presentar los pacientes. Respecto a esto, el primer problema de carácter cuantitativo que debe resolver el evaluador al intentar describir un problema a través de sus secuencias siempre será: ¿qué secuencia elegir?, ¿la última?, ¿la más representativa?, ¿la más grave?, ¿la primera? Como en todos los problemas que implican una selección de sucesos que deben representar a un universo de los mismos, la respuesta es sencilla: debe realizarse un muestreo de secuencias. Muestreo que nos permita asegurar que las ocasiones elegidas representan correctamente a todas las que ocurren o que aporten información sobre secuencias significativas (por su intensidad, proximidad temporal, etc.). En este punto, el evaluador tendrá que ajustar la estrategia de muestreo a las circunstancias de cada caso: tipo de problema, frecuencia esperada, posibilidades de observación o autoobservación, aspectos sociales como peligrosidad y un largo etcétera difícil de resumir. En definitiva, deben aplicarse los principios de muestreo incluidos en todos los estudios de psicología al abordar la estadística en el currículo académico. Solamente como una guía de los tipos de muestreos que pueden utilizarse, se incluyen a continuación algunas de las estrategias que nos han resultado más útiles en el trabajo clínico de los últimos años:

- *Describir las secuencias más significativas, y valorar su sentido en cada caso concreto.* En este caso, deben incluirse como mínimo:
 - La última ocasión en que ha aparecido el problema. Secuencia que la persona tiene más reciente en la memoria, por lo que se limitan los sesgos. La última ocasión nos ofrece, además, una información muy valiosa sobre el estado actual del problema y sus posibles influencias en la vida de la persona en este momento.
 - La primera aparición del problema o una de las primeras. Nos ayuda a identificar el origen del problema. En algunos casos, el problema comenzó de forma brusca y la persona suele recordar muy bien aquella primera ocasión; es el caso de los ataques de pánico. En otras ocasiones, sin embargo, el comienzo fue insidioso y la persona no recuerda una primera ocasión, con lo que se puede recurrir a

alguna de las primeras ocasiones. La comparación entre la primera y la última ocasión nos ofrece alguna información sobre la evolución del problema.

- La ocasión en que el problema fue más grave. La mayoría de las personas identifican muy claramente la peor ocasión o, como mínimo, las peores. Este tipo de secuencia nos aporta información sobre la intensidad máxima del problema, define mejor sus términos y nos ayuda a identificar las variables presentes en las situaciones graves.
- Una de las ocasiones en que el problema aparece de forma leve. Este tipo de secuencias resulta más difícil de identificar y describir para los pacientes que tienden a informar de secuencias relativamente graves. Se trata de aquellas ocasiones en las que el problema llega a aparecer, pero con un nivel de malestar prácticamente nulo. El ejemplo de una persona con miedo a los perros que, estando en un lugar seguro, escucha un perro ladrar en la distancia suele funcionar para explicar qué tipo de ocasiones interesan. La comparación entre este tipo de secuencias y las más graves deben indicar, sin duda, las variables que controlan la intensidad del problema. Para completar el análisis, la comparación de la última ocasión con la más grave y las leves nos da una idea del estado actual del problema.

– *Buscar la representatividad de las secuencias descritas.* Una segunda opción de muestreo es la de buscar una representatividad de las secuencias descritas respecto al total de las ocasiones. Evidentemente, este tipo de muestreo se centra en el estado actual.

1. *La estrategia más fácil de aplicar es la de muestrear todas las secuencias durante un periodo determinado de tiempo.* Por ejemplo, describir todas las secuencias durante una semana. Si se ajusta el intervalo temporal a los posibles ciclos del problema (menstruales, diario-fines de semana, ciclos laborales, etc.), este tipo de muestreo resulta muy indicado. Si no se conocen los ciclos de funcionamiento de los problemas, el muestreo debe mantenerse hasta conseguir estabilizar el patrón de los parámetros que nos interesen. Esta estrategia permite obtener información acerca de las relaciones de contingencia entre los distintos acontecimientos de la secuencia, algo que no permite la estrategia anterior. Una combinación de ambos tipos de muestreo casi siempre recoge la información suficiente para establecer el análisis de secuencias de forma fiable, completa y válida.
2. *Realizar un muestreo situacional.* En algunos casos, se conoce de antemano el tipo de situaciones en las que es más probable que aparezcan los problemas. Por ejemplo, en las fobias sociales puede resultar más cómodo emplear un muestreo situacional, que solamente incluya situaciones sociales. De hecho, si los determinantes situacionales llegan a estar bien establecidos, podría ser suficiente describir situaciones prototípicas en las que aparecieran las

principales variables implicadas, para conocer el funcionamiento del problema. Es posible también planificar las situaciones en la vida cotidiana del paciente o en la consulta, de forma que podamos tener más control sobre ellas, un buen ejemplo son las técnicas de interpretación de papeles.

3. *Realizar un muestreo temporal.* Por último, podemos encontrar comportamientos que aparezcan repetidamente con una frecuencia alta y de los que no conozcamos sus determinantes en estos momentos de la evaluación (fumar, pensamientos recurrentes, tics motores, alteraciones psicofisiológicas, etc.). Para este tipo de problemas, puede resultar adecuado utilizar registros de observación o autoobservación en función de intervalos de tiempo. Por ejemplo, registrar los primeros dos minutos de cada hora los pensamientos obsesivos. Para evitar posibles patrones temporales en los comportamientos que pudieran ocultarlos o magnificarlos en una observación regular que coincidiera con esos patrones, pueden emplearse intervalos aleatorios de tiempo. Para este tipo de registros son muy útiles relojes con señales programables de forma que la persona registre el minuto anterior al sonido de la alarma de su reloj. Como en los casos anteriores, el registro se mantiene hasta que el patrón se estabiliza o satura.

B) Parámetros y contingencias

Una vez que se ha elegido el sistema de muestreo, se comienza la recogida de información sobre las secuencias. La información cualitativa que indica qué sucesos ocurren en cada secuencia y organiza las relaciones entre ellos, tendrá que ser complementada con una información cuantitativa que ayude a establecer esas relaciones de forma más clara y exacta.

En primer lugar, hay que establecer los parámetros de cada uno de los problemas. El estado actual de la EPC parece indicar que los tres parámetros más importantes son: frecuencia, intensidad y duración del problema.

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

Los tres parámetros se pueden aplicar a toda la secuencia o a distintos acontecimientos que puedan interesarnos en cada uno de los problemas. Es bien

conocido el valor de la realización de gráficas para la representación de este tipo de información. Estas gráficas, que puede realizarlas el evaluador y presentárselas al sujeto a lo largo de la intervención, o puede realizarlas el propio sujeto, especialmente en el caso de la autoobservación, son de gran utilidad como elemento de motivación al cambio y de medida de resultados durante y tras el tratamiento.

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

Por ejemplo, puede considerarse un caso de pensamientos de baja autoestima del tipo “no sirvo para nada”, “otra vez he fracasado”, “no vale la pena que lo intente”. Al intentar delimitar los antecedentes de los mismos, puede encontrarse en una entrevista que, muy frecuentemente, cada vez que el sujeto está expuesto a un problema en el trabajo (PT), aparece posteriormente una cadena de esos pensamientos (C) a lo largo del día. La probabilidad de que un problema de trabajo sea seguido por los pensamientos se puede establecer, a través de un autorregistro de secuencias de una semana de duración, en:

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

La probabilidad complementaria de que ocurra el problema de trabajo y no aparezcan los pensamientos será, por tanto, de:

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

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

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

Es decir, cada vez que aparece un PT es seguido de una cadena de pensamientos con una probabilidad del 0,7. Pero el 80 % de los pensamientos no está precedido de PT; de

hecho, solamente lo están en el 20 % de las ocasiones. Este dato llevaría a investigar otros antecedentes de los pensamientos, por ejemplo, problemas familiares (PF) y problemas de ocio con otras personas (PO):

$$\begin{aligned} P(C \text{ precedida PF}) &= 0,5 \\ P(C \text{ precedida PO}) &= 0,2 \\ P(C \text{ no precedida PT, PF, PO}) &= 0,1 \end{aligned}$$

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

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

–	Compañía	Solo	0,16
		Con otras personas	0,13
–	Estado de ánimo	Negativo	0,31
		Positivo	0,04
		Neutro	0,13

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

En uno de los trabajos más exhaustivos de los realizados para contrastar la utilidad de la búsqueda de relaciones funcionales entre los sucesos, Brian A. Iwata y una larga lista de colaboradores (Iwata, Pace, Dorsey *et al.*, 1994) resumen los datos provenientes de 152 casos de personas con dificultades para el desarrollo y comportamientos autolesivos estudiados por el equipo a lo largo de once años, con un rango de entre ocho y sesenta y seis sesiones por paciente. Mediante un detallado análisis funcional de las secuencias de los problemas de autolesión, los autores concluyen que solo en el 4,6 % de

los casos no han podido identificar relaciones funcionales que controlasen el problema. Los determinantes funcionales del resto de los casos estudiados se repartían como sigue:

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

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

4.3.2. Aspectos cualitativos del análisis de secuencias

El enfoque psicológico que más ha desarrollado el análisis de secuencias ha sido el de la evaluación conductual, que siempre ha puesto un énfasis especial en la necesidad de estudiar los determinantes próximos del comportamiento en forma de estímulos y respuestas. A lo largo de su historia, la evaluación conductual ha ido especificando distintas propuestas para hacer el análisis de secuencias cada vez más claro y conciso. En la [figura 4.5](#) se resumen los principales esquemas de representación de secuencias propuestos hasta el momento, en función del tipo de variables y relaciones incluidas en los mismos.

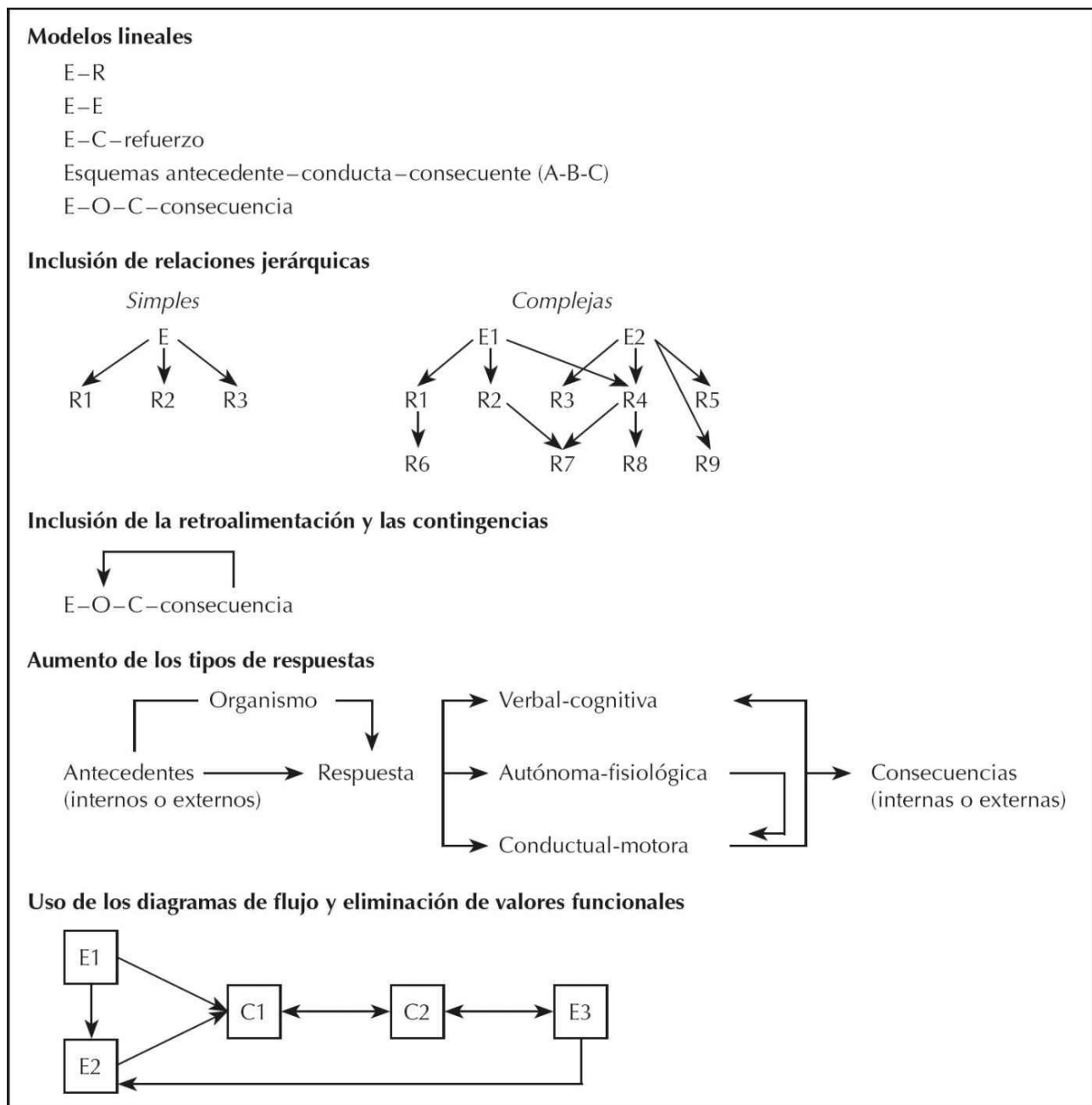


Figura 4.5. Esquemas de secuencias en función de las variables y relaciones implicadas.

El punto nuclear del análisis de secuencias reside en la correcta organización de la información. Este aspecto ha sido elaborado desde los primeros momentos, a lo largo de la historia de la evaluación conductual. Primero, fueron los esquemas sencillos E-R o E-E, que respondían a esquemas pavlovianos. Posteriormente, se introdujo el término *refuerzo* por Skinner. La versión más exitosa fue la de expresar la secuencia en la forma A-B-C (antecedentes-conducta-consecuentes). Más adelante, se han ido añadiendo distintos factores para completar el esquema. Los más relevantes han sido el incluir las variables del organismo (O) entre el ambiente y la conducta, el considerar los contextos

generales que afectan a toda la secuencia y contemplar las relaciones de contingencia entre la conducta y sus consecuencias, y retroactuar, a su vez, sobre el organismo (Kanfer y Saslow, 1969; Fernández Ballesteros, 1980). De este modo, se integran todos los datos relevantes en la secuencia. La inclusión de los distintos tipos de respuestas, de acuerdo a la propuesta de Peter J. Lang (1977) y de antecedentes externos o internos, siguiendo los modelos del aprendizaje de los años ochenta, ha centrado el esquema básico tradicional. En los años noventa, las propuestas llevan a integrar todo lo anterior en diagramas de flujo, a no diferenciar en estos momentos los sucesos en función de sus valores funcionales (antecedentes, consecuentes, etc.), y a dejar la interpretación funcional para un momento posterior. El avance que este tipo de representación gráfica de las secuencias añade al análisis descriptivo resulta fundamental para integrar más fácilmente la información descriptiva en los modelos funcionales, como se verá más adelante, representado gráficamente de forma similar. De hecho, este tipo de representación de secuencias en diagramas de flujo que incluyen todos los sucesos, variables y todo tipo de posibles relaciones entre ellas son el camino más corto hacia los modelos funcionales, objetivo de la formulación clínica.

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

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

aparición del problema. Sin embargo, el principio puede ser más complejo, el sujeto suele conocer cuándo se empieza a encontrar molesto, o cuándo empieza a tener problemas, pero pocas veces ha conseguido identificar los antecedentes o desencadenantes de la secuencia, por lo que la labor del evaluador es más importante en este momento.

4.3.3. Formas (técnicas) de recoger información sobre secuencias

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

A) Entrevista: paciente e informantes

El estudio de secuencias se comienza, prácticamente siempre, en el curso de la entrevista con el paciente. Como ya se ha comentado previamente, el análisis de secuencias supone la identificación y descripción detallada de secuencias concretas en las que ha aparecido cada uno de los problemas. Preguntas que animen y faciliten al entrevistado la descripción de sus propios comportamientos y de los sucesos que le ocurren, y en cada ocasión en que aparece el problema, pueden ser muy útiles para comenzar. Igualmente útiles son las preguntas sobre los acontecimientos inmediatamente previos a la aparición del problema, los acontecimientos problemáticos y los acontecimientos inmediatamente posteriores. Por otro lado, resulta especialmente relevante que el evaluador se muestre especialmente atento a la aparición de generalizaciones por parte del paciente, en cuyo caso es importante que le ayude a *volver* a la secuencia concreta que se encuentren analizando y describiendo.

Ya se ha avanzado en cómo un estudio de secuencias representativo debe reunir información de varias ocasiones en las que aparece el problema, quizá en la entrevista puedan abordarse, al menos, la última vez que sucedió, la primera vez que percibió el problema, la más grave y alguna de las más débiles. Este tipo de información permitirá comparar la evolución del problema y los acontecimientos controladores del mismo. De esta forma, la entrevista puede comenzar la investigación sobre las secuencias preguntando al entrevistado acerca de la última ocasión en que apareció el problema (seguramente, muy reciente, incluso en algunos casos el mismo día de la entrevista), situarlo en esa ocasión y pedirle que describa de la forma más concisa posible todo lo

que ocurrió en esa ocasión. La pregunta “Cuénteme usted como una película la última vez que le ha sucedido el problema” suele ofrecer buenos resultados. La mayor dificultad va a venir de la falta de elementos descriptivos en las respuestas del paciente. Habrá que hacer un esfuerzo por indicar qué tipo de información necesitamos y cómo recordarla mejor. El psicólogo no debe temer en este momento hacer preguntas muy específicas o cerradas para confirmar la información, ni recordar que debe describir una secuencia concreta, previamente determinada. En la pauta de entrevista propuesta se incluyen preguntas sobre las cuatro secuencias más significativas siguiendo el esquema de muestreo propuesto. Estas preguntas tendrán que completarse con las estrategias de descripción de respuestas que se incluyen en el [cuadro 4.3](#) y con las de facilitación del recuerdo, que se presentan en el punto siguiente de este capítulo.

Cuadro 4.3. Estrategias para facilitar la descripción de secuencias durante la entrevista

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

B) Autorregistro

Además de ofrecer información sobre frecuencia, intensidad y duración de los sucesos, el autorregistro es, sin duda, uno de los instrumentos más potentes de que dispone la EPC para describir los sucesos implicados en una secuencia y sus relaciones

de contingencia. A su vez, como se ha comentado previamente, el autorregistro es una de las técnicas con menores índices de cooperación por parte de los pacientes. Las razones de su dificultad nacen, entre otras, de la falta de comprensión por parte de los pacientes de su utilidad, su complejidad relativa y la necesidad de atención continuada que requiere. La forma más conveniente de asegurar la colaboración del paciente en el autorregistro implica diversas acciones complementarias:

- Explicar a la persona la necesidad y utilidad de los registros en general y de ese tipo de información en particular.
- Asegurarse de que la persona ha entendido bien cada una de las situaciones y comportamientos implicados en el autorregistro, sabe identificarlos y sabe cómo registrarlos.
- Escoger inicialmente un tipo de registro y muestreo fácil y sencillo.
- Diseñar los registros implicando al paciente y respetando sus sugerencias respecto al momento del registro, lugares, hojas más adecuadas, etc.
- Entrenar al paciente en la consulta en la utilización de los registros, mediante representación de papeles.
- Comenzar con registros sencillos, como los de frecuencias, e ir haciéndolos gradualmente más complejos hasta llegar al nivel deseado (y posible en función de las características de la persona y de la situación), que permita comenzar el entrenamiento en autoobservación de la persona y entender su relevancia y utilidad.
- Recompensar los intentos, no solo los autorregistros correctos.
- Si es posible, implicar a otras personas, con registros parciales de observación, por ejemplo.
- Devolver y explicar la información al paciente para que comprenda la utilidad de la técnica y pueda servir como entrenamiento en autoobservación y terapia de reatribución.

En el [cuadro 4.4](#) se presenta un ejemplo de autorregistro cumplimentado por Margarita, una mujer de setenta años de edad con problemas relacionados con episodios de tristeza y llanto. Sus familiares se quejan también de su falta de actividad y colaboración en las tareas domésticas y de ocio. La primera línea incluye una anotación realizada por Margarita en la propia consulta sobre la secuencia más reciente (ese mismo día) de uno de los problemas. La segunda recoge las anotaciones llevadas a cabo sobre esa misma secuencia después de comentada en la consulta y explicados los términos incluidos y el tipo de información al que se refieren en cada caso.

Cuadro 4.4. *Ejemplo de autorregistro de secuencias correcto e incorrecto*

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

Pertenece a una mujer de setenta años que vive con su hijo y su nuera, y tiene episodios de tristeza.

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

C) Observación y registros psicofisiológicos

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

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

En la mayoría de las aplicaciones de la observación resulta muy difícil o imposible

incluir los sucesos cognitivos y los fisiológicos. Afortunadamente, la psicología cuenta con técnicas adecuadas para describir este tipo de sucesos con mayor calidad.

Los sucesos fisiológicos son accesibles a través de técnicas de registro psicofisiológico. Antaño, este tipo de técnicas eran poco utilizadas por su alto coste, su reactividad y su complicada instrumentación en comparación con su utilidad. Hoy en día, ambas excusas han caído en descrédito: en general, los instrumentos son más baratos, menos intrusivos y aparatosos, la mayoría de los registros pueden hacerse en situaciones naturales sin grandes costes ni reactividad y el avance de la informática ha permitido simplificar el uso de este tipo de medidas hasta niveles de dificultad mucho más bajos que los de un videojuego. De hecho, hay algunos de estos aparatos cuyo uso se ha generalizado en la población general. Por ejemplo, contamos con pulseras o relojes inteligentes que permiten registrar la tasa cardiaca y la presión arterial, con oxímetros de pulso para dedo que permiten registrar la tasa cardiaca y la saturación de oxígeno en sangre que son fáciles de adquirir y de usar, y con relojes que proporcionan información sobre distintos parámetros del sueño. Los propios *smartphones* se han convertido también en una herramienta útil para recoger algunas de estas variables (Carpenter *et al.*, 2016). Aun así, los psicólogos seguimos siendo reticentes al empleo de este tipo de medidas, quizás porque no se les otorga una utilidad clara o porque no se sabe obtener partido de los datos que nos ofrecen.

De forma complementaria, los diseños de laboratorio han puesto al día una serie de estrategias que facilitan, enormemente, el registro observacional de pensamientos. Un ejemplo claro pueden ser las técnicas de pensamientos en voz alta, que permiten identificar el flujo de ideas de una persona ante una situación de forma relativamente sencilla y válida.

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

D) Cuestionarios y entrevistas estructuradas

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

- Identificar y cuantificar, como se verá más adelante, variables del contexto o de la persona que pudieran estar influyendo en el desarrollo de una secuencia determinada.
- Cuantificar emociones o sentimientos durante una secuencia a través de los instrumentos de estado. Un ejemplo es el STAI-estado de Charles Spielberger, que puede emplearse inmediatamente después de un suceso, hablar en público, por ejemplo, para pedir a la persona que nos indique su ansiedad durante este.

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

4.4. Análisis del desarrollo

En este punto del proceso de EPC, ya se conocen los problemas del paciente y se dispone de descripciones del funcionamiento actual de cada uno de ellos. Para entender mejor los procesos que contribuyen a mantener el estado actual de cosas reflejado en las

secuencias, es necesario disponer de una aproximación al desarrollo de los problemas y a su papel en la vida de la persona. Como se ha hecho en los apartados anteriores, en primer lugar, se detalla una perspectiva teórica respecto al análisis del desarrollo de los problemas para, en segundo lugar, abordar las técnicas más empleadas en este tipo de tarea.

4.4.1. Etiología y curso de los problemas

A pesar de que los enfoques conductuales más ortodoxos han seguido una tendencia devaluadora de este tipo de información, los avances en la psicopatología del desarrollo, y en concreto los avances específicos en el ámbito del trastorno de estrés postraumático, los modelos de vulnerabilidad-estrés y las aportaciones constructivistas y narrativas de los años noventa, han situado el análisis del desarrollo en un lugar central en el proceso de EPC. Por análisis del desarrollo entendemos el estudio de los factores que inciden en la etiología y curso de los problemas y su papel en la biografía de la persona. De esta forma, será necesario identificar, por una parte, las posibles variables de predisposición, preparación, riesgo y vulnerabilidad y, por otra, los agentes desencadenantes de los problemas y todos los factores que han podido incidir en el curso de los mismos durante la vida de la persona. Este análisis se completará con el conocimiento acerca de las atribuciones, las expectativas y, en definitiva, el significado que la persona ha ido otorgando a los distintos sucesos y problemas a lo largo de su biografía para integrarlos en su memoria narrativa y en la construcción de su identidad personal (*self*).

La utilidad del análisis del desarrollo ha sido puesta de manifiesto por diversos autores, especialmente por el grupo de Meyer y Turkat. Haciendo una síntesis, pueden resumirse las principales utilidades de este tipo de análisis como sigue:

- El análisis del desarrollo es una de las fuentes principales de hipótesis acerca de la etiología y mantenimiento de los problemas actuales de la persona. Este hecho, aunque resulta especialmente relevante en aquellos problemas cuyo funcionamiento actual puede venir determinado por su origen (por ejemplo, el trastorno por estrés postraumático), no se agota en ese tipo de trastornos, sino que alcanza su utilidad a la mayoría de los casos.
- La información recogida durante esta fase puede ponerse en relación con la ofrecida por los modelos psicopatológicos que inciden en el inicio y desarrollo de los problemas, afortunadamente la mayoría de los modelos actuales tienen este tipo de factores muy en cuenta en sus formulaciones.
- El estudio de la relación temporal entre los problemas: ¿qué ocurrió primero?, ¿aparecen juntos o separados los distintos problemas? son preguntas de alto valor para la comprensión del funcionamiento del caso.
- No se pueden prever los problemas conductuales futuros sin conocer los determinantes etiológicos de los mismos. Existe una fuerte evidencia de que entre los mejores predictores del comportamiento futuro en una situación determinada

- se encuentra el comportamiento pasado en situaciones similares.
- Para cambiar el comportamiento de forma significativa en la vida de una persona es necesario conocer las variables potencialmente causales y de mantenimiento del problema.
 - Este tipo de análisis nos ayuda a identificar las posibles variables personales y contextuales que funcionan en cada caso.
 - El estudio del curso de los problemas puede ayudar a confirmar algunas de las hipótesis sugeridas por el resto de la información recogida. Por ejemplo, al haber sido manipuladas las variables en tratamientos previos o en situaciones determinadas anteriores, que sería difícil poner en funcionamiento en la actualidad.
 - Nos ayuda a situar mejor el momento actual del caso en una perspectiva de estado-fase en la relación de las distintas variables y, por tanto, nos facilita el pronóstico acerca de la evolución del caso en un futuro próximo.

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

En el análisis del desarrollo, cobra especial relevancia la identificación de los sucesos vitales estresantes (SVE) experimentados por el paciente y su relación con la evolución de los diferentes problemas. Por SVE entendemos situaciones a las que las personas nos podemos ver expuestas a lo largo de nuestra vida y que pueden llegar a tener la suficiente intensidad como para provocar cambios o reacciones en las mismas, es decir, suponen demandas de adaptación importantes para las personas que los padecen. Las listas de SVE incluyen situaciones como la muerte de familiares, divorcio, cambio de residencia o cambio de trabajo, entre otros. De acuerdo a la investigación, que ha identificado distintos tipos de SVE relacionados con la salud, se han propuesto distintas listas de SVE organizadas en torno a dos ejes básicos: *negativos-positivos* y *excepcionales-cotidianos*. Probablemente, el trabajo más exhaustivo realizado en este ámbito sea el desarrollado por Holmes y Rahe (1967), que, desde los años sesenta del pasado siglo XX, vienen trabajando en esta área. Estos autores propusieron una clasificación de los sucesos vitales negativos y positivos que pueden ocurrir con carácter excepcional en la vida de una persona, graduada según el impacto que producen en el bienestar psicológico y físico. La escala ha sido adaptada al español por González de Rivera y Morera en 1983. En el [cuadro 4.5](#) se recogen los sucesos con un impacto mayor a 60 sobre 100, encontrados por dichos autores en muestras españolas.

Cuadro 4.5. *Lista de SVE más importantes e impacto de los mismos en muestra españolas*

<i>Impacto</i>	<i>Suceso</i>
90-100	Muerte del cónyuge
80-90	Quedarse sin trabajo Despido Problema legal grave que pueda terminar en encarcelamiento Repentino y serio deterioro de la audición o la visión
70-80	Aborto no provocado Dificultades en la educación de los hijos Muerte de un familiar cercano Separación de los padres (cuando se convive con ellos) Problemas relacionados con el alcohol o las drogas Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico
60-70	Matrimonio Reconciliación Embarazo deseado o no Dificultades sexuales Enfermedad o mejoría de un familiar cercano (convivencia) Hijos lejos del hogar Préstamo o hipoteca importante Reducción importante de ingresos (-25 %) Enfermedad o accidente que requiera guardar cama Muerte de un amigo

Fuente: Tomado de González de Rivera y Morera (1983).

Sin embargo, a pesar de reconocer el valor de estos trabajos de sistematización, es importante destacar que estos sucesos no suponen lo mismo para las distintas personas que los padecen. Es decir, el *valor* o impacto que tienen para distintas personas puede ser muy variable. Así, el impacto de la muerte del padre puede variar de forma importante para distintas personas en función de la relación con el mismo, la edad, la causa del fallecimiento, etc., o un embarazo puede ser percibido de forma positiva por una persona, mientras que será negativo para otra, en función de aspectos como su deseo del mismo, las implicaciones para su salud, las experiencias previas, etc.

En ese sentido, en la línea de integrar lo mejor posible los sucesos vitales estresantes en los modelos de origen y mantenimiento de los trastornos psicológicos, vale la pena recordar cómo, en la revisión de su teoría transaccional del estrés, Richard Lazarus (1999) desarrolla un modelo en el que las situaciones son inseparables de las interpretaciones que la persona hace de las mismas. El modelo se amplía hacia la inclusión de las interpretaciones personales de las transacciones en forma de construcciones narrativas que la persona hace de su realidad. De este modo, Lazarus se acerca al modelo constructivo-narrativo, y señala cómo las personas construimos nuestras emociones sobre narrativas de las transacciones que vivimos. Es decir, en cuanto a los SVE se refiere, Lazarus nos advierte de la necesidad de contemplar, junto a la situación real, la interpretación personal y la transacción que ocurre entre ambas

mientras dura la situación, pero nos anima a ir un paso más allá y considerar, igualmente, la interpretación posterior y la integración en su biografía, a través de la memoria narrativa, que la persona realiza. De esta forma, más que de sucesos vitales, tendríamos que hablar de narrativas emocionales. Lazarus define este tipo de narrativas como “un dibujo o guion dramático que describe el inicio de la emoción y su contexto actual y pasado, lo cual ayuda a definir como se inicia la acción, o la falta de acción, deseada o provocada, como progresa y finaliza. El drama comienza con la acción que lo provoca y se desarrolla a través de una transacción continua –normalmente interpersonal–” (Lazarus, 1999: 205).

A continuación, se realiza un comentario más detallado de cada uno de los momentos del análisis del desarrollo: análisis de los factores previos al inicio de cada problema, del inicio y del curso de los mismos.

A) Factores previos al inicio de cada problema

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

Cuadro 4.6. Prototipos de narrativas emocionales

<i>Antipáticas</i>	<i>Envidia y celos</i>	<i>Existenciales</i>	<i>Provocadas por condiciones de vida desfavorables</i>	<i>Emociones empáticas</i>	<i>Provocadas por condiciones de vida favorables</i>
• Ira – Inhibida – “Justificada” – Mal humor – Hostilidad	• Envidia • Celos	• Ansiedad-miedo • Culpa • Vergüenza	• Alivio • Esperanza • Tristeza-depresión	• Gratitud • Compasión	• Felicidad-alegría • Orgullo • Amor

Fuente: Lazarus, 1999.

B) Inicio de cada problema

Salvo en aquellos casos en que los problemas comienzan de forma brusca y repentina, el momento de inicio de un problema es una cuestión ardua y difícil de

definir. Ya se ha visto cómo, en el análisis de secuencias, el hecho de poder contar con la descripción de la primera ocasión en que apareció el problema es un punto de referencia importante.

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

Un tipo de inicio de problema especialmente difícil de identificar es el de aquellas situaciones que la persona o no ha procesado en su memoria o no quiere o no puede (consciente o inconscientemente) recordar. Generalmente, son casos con sucesos ocurridos en la infancia o que han generado una situación de amenaza a la integridad personal de tal calibre que han sido *reprimidos* o procesados con dificultad, de tal forma que el acceso actual a esos episodios es complejo. Los mejores ejemplos de este tipo de procesos pueden ser los sucesos traumáticos sexuales sufridos durante la infancia o algunas situaciones de tortura.

Con frecuencia, las estrategias de entrevista habituales no son suficientes para acceder y reconstruir esos recuerdos que, muchas veces, son el origen y causa de los problemas actuales, y van a necesitarse estrategias de evaluación más sofisticadas.

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

C) Curso de los problemas

Para completar la información relativa al desarrollo de los problemas nos resta, una vez identificado el inicio, dirigir la mirada hacia el curso que ha seguido cada problema desde su origen hasta el momento de la evaluación. Este seguimiento puede aportar una información muy rica respecto al mantenimiento actual del problema, puesto que en muchas ocasiones un análisis detallado de la evolución, además de confirmar un

diagnóstico y facilitar una predicción respecto a la evolución futura del problema, supone verdaderos experimentos en cuanto a la modificación de variables independientes. Por ejemplo, el seguimiento de un tratamiento farmacológico supone la manipulación de algunas variables que pueden ser claves en la formulación actual y que, posiblemente, no se podrán manipular en el momento presente de la evaluación.

A la hora de seguir la evolución de un problema determinado, el psicólogo debe centrarse en la investigación de las variables implicadas en los distintos cambios que ha podido sufrir el problema durante su evolución, y resumir los más relevantes en los siguientes puntos:

- Cambios del problema contingentes con sucesos vitales estresantes positivos y negativos (muertes de personas cercanas, nacimientos de hijos, bodas, divorcios, cambios de residencia, cambios de trabajo, vacaciones, etc.).
- Cambios del problema contingentes con cambios en el desarrollo biológico de la persona (paso de la adolescencia a la edad adulta, empeoramiento por el envejecimiento de la persona, etc.).
- Cambios del problema contingentes con cambios en el desarrollo psicológico de la persona (paso de la niñez a la adolescencia, madurez personal, etc.).
- Cambios del problema contingentes con tratamientos de profesionales de la salud.
- Cambios del problema contingentes con cambios fisiológicos importantes (enfermedades, drogadicciones).
- Periodos de mejorías y recaídas.

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

Igualmente, como ya se ha ido avanzando anteriormente, el evaluador debe hacer un esfuerzo por combinar los aspectos objetivos del curso de los problemas con los subjetivos. De hecho, para muchos autores, serán estos últimos los auténticos responsables del comportamiento actual, no importa lo vivido, sino cómo se vivió y, aún más, cómo se recuerda. Sin querer entrar en polémicas entre las distintas perspectivas, debemos admitir que el papel de las atribuciones, las interpretaciones y significados que una persona otorga a los sucesos vividos reviste una importancia capital en su funcionamiento actual. La construcción que las personas hacemos de nuestra vida nos

dota de identidad y nos ayuda a construir nuestra visión del mundo, factores ambos que contribuyen de forma básica a dirigir nuestro comportamiento actual y futuro. En la actualidad, parece consolidada la evidencia respecto al papel que los distintos tipos de esquemas constructivos y narrativos tienen en algunos trastornos, como los derivados de experiencias traumáticas y la mayoría de los trastornos de personalidad, por ejemplo.

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

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

Aunque ya se ha adelantado la utilidad de los cuestionarios biográficos para recoger alguna información acerca de la vida del paciente, generalmente, este tipo de información es muy básica y con poco contenido funcional. No cabe la menor duda de que la herramienta por excelencia para recuperar la información retrospectiva es la entrevista. Entrevista que puede realizarse en primera instancia con el propio paciente, pero que tendrá que acompañarse por alguna otra con informantes cualificados para las distintas épocas y momentos vitales de la persona (familiares, compañeros de piso, profesores del colegio, compañeros de trabajo, etc.). En todas las ocasiones en las que es importante ayudar a recuperar recuerdos y memorias biográficas, la organización de la información juega un papel clave en el éxito y la calidad de la información obtenida.

La estrategia de la línea de vida se utiliza para ayudar a los pacientes, y a nosotros mismos, en esta tarea. Aunque no deben menospreciarse las posibilidades de una entrevista bien dirigida, esta puede complementarse, en aquellos casos que presenten dificultades, con otras técnicas complementarias que ayuden a facilitar el recuerdo, como pueden ser las estrategias de sugestión, las técnicas proyectivas, las técnicas narrativas con control emocional (p. ej., EMDR), las técnicas expresivas y un largo etcétera que, en muchas ocasiones, puede poner a prueba la imaginación del evaluador para facilitar y controlar este tipo de memorias difíciles. Además, para la consideración de algunas variables, como los sucesos vitales estresantes, también contamos con algunos instrumentos estandarizados que pueden ayudarnos en la recogida de información.

Finalmente, hay que recordar la necesidad de *objetivar*, en el sentido de contrastar distintas fuentes, la información obtenida: los informes de otros profesionales a los que pudiera haber recurrido el paciente en otras épocas de su vida pueden jugar un papel interesante en esta búsqueda continua de diferentes fuentes de información (psicólogos del colegio, calificaciones académicas, informes médicos, historiales clínicos, informes

judiciales, informes sociales, etc.).

A) Entrevista

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

Un aspecto clave que identificar durante la entrevista será la descripción de la primera ocasión en que el paciente percibió el problema como tal. En los problemas con inicios bruscos las personas tienden a recordar sin demasiadas dificultades los principales detalles, en problemas con inicios más insidiosos la situación es distinta y muchas veces habrá que conformarse con informaciones genéricas respecto a un periodo de la vida de la persona.

Una vez identificada esta primera secuencia o el periodo en que comenzó el problema, las preguntas deben dirigirse hacia el contexto vital de la persona en aquellos momentos y en los meses anteriores: sucesos vitales, estilo de vida, problemas económicos o sociales, condiciones médicas, cambios en las circunstancias vitales, etc., que pueden ser indicios de relaciones entre variables que pudieron generar o controlar el problema.

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

En el [cuadro 4.7](#) se resumen algunas de las principales estrategias cognitivas de las que se puede hacer uso durante una entrevista para mejorar la calidad del recuerdo de la persona. El psicólogo clínico debe conocer y entrenarse en el uso de este tipo de habilidades hasta conseguir un dominio que le permita emplearlas en los distintos momentos de una entrevista para facilitar el recuerdo, ya no de la información biográfica, sino de todo tipo de información. No disponemos de espacio suficiente para detenernos en este tipo de habilidades de entrevista, pero los resultados que pueden obtenerse utilizando estrategias cognitivas de esta índole superan con creces los mejores resultados obtenidos por cualquier otra estrategia de mejora del recuerdo (hipnosis, regresiones o cualquier otra). Por ejemplo, Giselman y Fisher, durante las décadas de los ochenta y noventa del siglo XX, demostraron, en un contexto clínico-forense, que, al utilizar estrategias cognitivas de entrevista, los testigos y las víctimas pueden llegar a presentar hasta un 95 % más de precisión en el recuerdo de detalles mínimos de las situaciones vividas, como el número de una matrícula de un coche aparcado en el

aparcamiento de un centro comercial algunas semanas después de visitado o detalles de la ropa de una persona con la que apenas se cruzó por la calle unos días antes. Los resultados de este tipo de estrategias con fechas anteriores, varios meses o años son algo más complejos, especialmente por la dificultad en encontrar evidencias que contrasten el recuerdo de la persona. Obviamente, los casos forenses presentan dificultades que, generalmente, no afectan a la mayoría de las situaciones clínicas.

Cuadro 4.7. *Estrategias cognitivas para facilitar la memoria biográfica*

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

Como puede observarse en el [cuadro 4.7](#), todas las estrategias giran en torno a diversos procesos, como son: ganar la confianza del paciente, contextualizar los sucesos, utilizar distintas claves perceptivas y sensoriales, organizar (construir) la información de forma narrativa y controlar la carga emocional durante el recuerdo. Este último punto es uno de los más complejos ya que, habitualmente, el recuerdo de sucesos muy emotivos mejora en situaciones en las que la persona es capaz de controlar la emoción asociada a la escena recordada, la desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR) es uno de los mejores ejemplos de este tipo de facilitación entre la bibliografía reciente sobre el tema. Sin embargo, en algunas ocasiones, diversos autores han puesto de manifiesto la utilidad de técnicas más expresivas y que persiguen precisamente lo contrario: provocar una descarga emocional que recupere la información, en muchas ocasiones, de forma brusca y explosiva. Nuestra práctica nos ha indicado que, incluso con casos de malos tratos en la infancia y violaciones, las estrategias cognitivas suelen ofrecer muy buenos resultados. Excepcionalmente, hemos recurrido a estrategias de hipnosis o expresivas para recuperar alguna información. En estos casos, las habilidades de control del terapeuta durante la terapia juegan un papel determinante. Nuestra recomendación es que no se utilicen esas herramientas si no se garantiza el entrenamiento específico previo del evaluador en la técnica y en el tipo de problemas que aborde, especialmente en los casos de víctimas graves de violencia física o sexual, testigos o agentes de la misma.

B) Línea de vida

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

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

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

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

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

Todo el proceso se realiza buscando el acuerdo de la persona en cada paso y con cada suceso y fecha que se introduzca en el esquema. Finalmente, se intentará contrastar

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

En la [figura 4.6](#) se presenta una línea de vida elaborada mediante una entrevista con una paciente de sesenta y tres años que sufría lo que se diagnosticó como un trastorno de ansiedad generalizada. Para confirmar y completar la información de la paciente, se utilizó información facilitada por una de sus hijas, que convivía con ella, y de su historial sanitario.

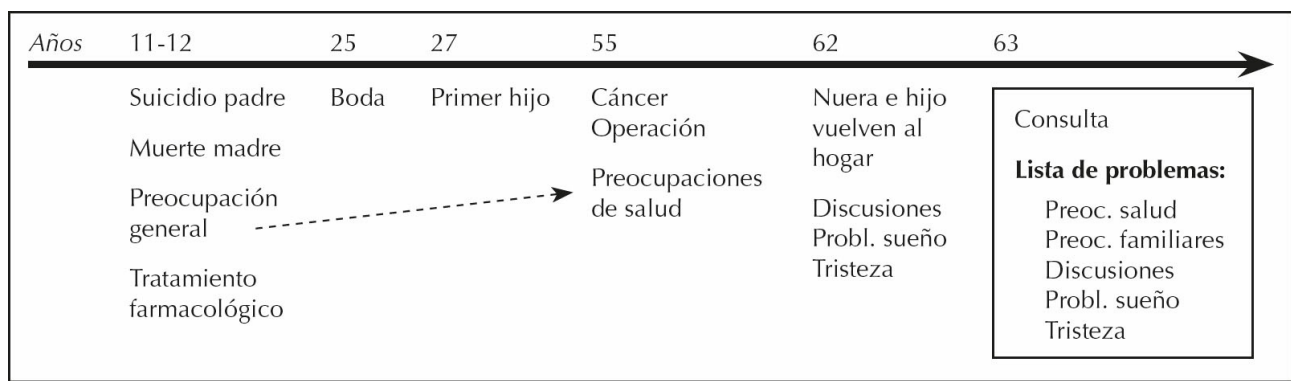


Figura 4.6. Ejemplo de línea de vida de una mujer de sesenta y tres años con un trastorno de ansiedad generalizada.

Como se observa, la paciente presentaba una lista de problemas centrada en las preocupaciones de salud relacionadas con el cáncer que había sufrido años atrás. Durante la entrevista se identificaron otras preocupaciones no relacionadas con su salud, frecuentes discusiones familiares, problemas en los ritmos de sueño y episodios de tristeza y llanto a solas.

El análisis del desarrollo organizado en la línea de vida nos muestra cómo sus dos padres habían muerto a una edad temprana de la paciente y cómo ya había recibido tratamiento en aquella ocasión. Este hecho nos podría situar ante la hipótesis de un proceso relacionado con el estrés postraumático y el duelo, especialmente del suicidio de su padre. Sin embargo, vemos también cómo la paciente disfruta de cuarenta y tres años sin mayores problemas que una cierta preocupación general sobre distintos aspectos, nunca muy importante, pero presente durante periodos amplios de su vida. A los cincuenta y cinco años se le diagnostica un proceso canceroso (intestino grueso) con pronóstico favorable, es intervenida y tratada. De nuevo, esta podría ser una fuente de sus problemas, pero, tras siete años sin mayores dificultades, el cáncer parece controlado y sus preocupaciones generales y de salud no pasan del nivel anterior al diagnóstico del tumor. Hace un año, su hijo pierde el empleo y él y su esposa (nuera de la paciente)

tienen que volver al hogar materno. La aparición de la mayoría de los problemas de la lista coincide temporalmente con este suceso, aunque la paciente se niegue inicialmente a relacionarlos. De hecho, parece que el núcleo central del problema tiene que ver, directamente, con la nueva situación familiar, que ha recuperado antiguas preocupaciones y ha aumentado la frecuencia e intensidad de los pensamientos y comprobaciones acerca de su propia salud. La ayuda que esta información aportó a la formulación del caso es obvia y no merece mayor comentario. La facilitación del recuerdo y su organización temporal ayudaron a la paciente a comprender mejor sus problemas, a reconstruir una narración más adaptativa de su vida y a integrar sucesos tan graves como la muerte de sus padres, la enfermedad sufrida y la situación actual de convivencia y preocupación por el futuro económico de sus hijos.

Es importante señalar que la línea de vida es una herramienta flexible que, en la práctica clínica, tiene muchas y diversas formas de aplicación. Así, algunos profesionales añaden otra información, como el valor de los acontecimientos (+/-) o la cuantificación de la relevancia asignada por la persona a cada uno de los eventos (0-10). Además, hay profesionales que solicitan a los pacientes que la realicen inicialmente en casa (o la amplíen posteriormente), mientras otros prefieren elaborarla de manera exclusiva en consulta con el propio paciente.

4.5. Variables de la persona

La complejidad y amplitud que podría llegar a hacer de este apartado el más amplio de todo el texto, dado su nivel de investigación y de práctica clínica, recomienda establecer, desde el principio, algunos límites al mismo. Por este motivo, no se han diferenciado los apartados dedicados a los aspectos teóricos y prácticos (de evaluación). Se abordan someramente los principales aspectos implicados de forma conjunta y se deriva al lector hacia textos más especializados tanto para un mayor conocimiento teórico del área como para un entrenamiento en los instrumentos de evaluación más empleados.

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

de este tipo de variables en el proceso de EPC.

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

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

4.5.1. Variables relacionadas con el problema

Por variables de la persona se entienden aquellas que conforman los sustratos biológicos y psicológicos y que actúan de forma continuada a lo largo de la vida o, al menos, por periodos prolongados (seis meses como mínimo), establecidas teórica y empíricamente por la investigación actual e identificables por diversos procedimientos y técnicas de evaluación.

Ya se ha dicho que el número de variables que la psicología y las disciplinas afines han ido identificando a lo largo de su historia se cuentan por millares.

Es evidente que ningún proceso de EPC, por muy completo que se quiera hacer, podrá nunca incluir siquiera una pequeña parte de las mismas, entonces ¿cómo se eligen las que deben incluirse en cada caso? Los trabajos de investigación empírica al respecto nos plantean una realidad ciertamente triste para los evaluadores y es que las variables seleccionadas en cada ocasión dependen más del enfoque teórico del evaluador que de cualquier otro factor, como el tipo de problema, por ejemplo.

Teniendo en cuenta esa realidad, debe entenderse que el psicólogo tendrá que poner un exquisito cuidado a la hora de decidir qué variables estudiar en cada caso. Algunos criterios que pueden resultar útiles son los siguientes:

- Considerar la evidencia empírica y la solidez teórica de los modelos que sustentan cada variable.
- Buscar los estudios que establezcan la relación de cada variable concreta con el problema específico de cada persona.
- Preferir variables para las que se disponga de instrumentos de medidas con altos

criterios de calidad.

- Incluir siempre la información obtenida en el proceso de EPC, necesariamente más amplio y con mayores garantías de calidad.

Un último punto que debe tenerse en cuenta, aunque no se pueda considerar un criterio, es el sesgo existente en toda la psicología clínica hacia las variables y factores negativos o patológicos, olvidando en la mayoría de los casos aquellos aspectos positivos, de protección, que presentan las personas. En los últimos años, el esfuerzo de Martín E. P. Seligman por la investigación, difusión y aplicación de este tipo de variables y factores ha producido un brusco cambio en la investigación y la práctica psicológica.

Estos aspectos se hacen especialmente sensibles al hablar del grupo de variables de la persona que se relaciona con el problema. No solo debe pensarse en la relación negativa, sino también en la positiva o protectora, si la hubiera. Para nuestra desesperación como evaluadores, este grupo de variables añade algunos cientos más a los miles de las que hablamos anteriormente.

Solamente como esquema recordatorio, en el [cuadro 4.8](#) se presentan algunos de los principales grupos de variables de la persona que tienden a mostrar relaciones, positivas o negativas, con los problemas más frecuentes de la práctica clínica. Se incluyen en el cuadro, igualmente, algunas de las principales técnicas empleadas para evaluar este tipo de variables.

Cuadro 4.8. *Principales variables de la persona relacionadas con los problemas y técnicas de evaluación*

<i>Grupo de variables</i>	<i>Ejemplos de variables</i>	<i>Técnicas de evaluación</i>
Sociodemográficas y psicosociales	– Edad – Sexo – Identidad de género – Orientación sexual – Grupo étnico – Identidad cultural – Estudios – Profesión – Trabajo actual – Nivel socioeconómico – Alojamiento – Condiciones de vida y cobertura de necesidades básicas – Acceso a servicios médicos y sociales – Nivel de integración social	– Entrevista – Informes sociales – Historial médico y psicológico – Cuestionarios biográficos
Conductuales	– Estilos de afrontamiento – Tipo A – Tipo C – Habilidades sociales	– Cuestionarios específicos – Entrevistas específicas

<i>Grupo de variables</i>	<i>Ejemplos de variables</i>	<i>Técnicas de evaluación</i>
Del desarrollo	– Lugar en la estructura familiar – Factores del embarazo y perinatales – Primera infancia – Infancia – Adolescencia – Momentos de aparición de los problemas en relación con estados evolutivos	– Entrevista – Entrevista a familiares – Cuestionarios biográficos – Genograma – Informes médicos, educativos y psicológicos – Informes periciales – Técnicas específicas
Cognitivas	– Cociente intelectual (CI). – Estigma internalizado – Autoeficacia – Esquemas cognitivos – Atribuciones – Estilos cognitivos – Variables de estructuras y procesos cognitivos – Regulación emocional	– Entrevista – Cuestionarios específicos – Test cognitivos y de inteligencia – Test objetivos para procesos cognitivos
Psicofisiológicas	– Patrones psicofisiológicos de respuesta al estrés – Respuestas alteradas – Principales índices psicofisiológicos	– Entrevista – Registros psicofisiológicos en sesión y en ambientes naturales – Analítica en saliva, sangre y orina
Emocionales y del estado de ánimo	– Ansiedad – Depresión – Ira – Indefensión – Desesperanza – Optimismo – Esquemas narrativos	– Entrevista – Cuestionarios específicos – Técnicas de escritura y expresivas
Biológicas-médicas	– Consumo de alcohol y otras sustancias – Variables biológicas que afecten al comportamiento – Enfermedades médicas	– Entrevista – Pruebas médicas – Pruebas bioquímicas
De personalidad	– Variables incluidas en los principales modelos de personalidad. – Fortalezas personales – Estilos de apego	– Test de personalidad – Cuestionarios específicos

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

La evidencia clínica y de investigación parece haber puesto de manifiesto cómo algunos esquemas que dirigen el funcionamiento cognitivo juegan un papel esencial en la génesis y mantenimiento de diversos problemas, especialmente de aquellos

relacionados con los trastornos de personalidad (Millon, 1997; Linehan, 1993).

Un balance entre pensamientos optimistas y pesimistas favorable a estos últimos, atribuciones distorsionadas, baja autoeficacia, pobre establecimiento de vínculos afectivos, visiones del mundo y de la vida desadaptativas, esquemas narrativos emocionales, etc., parecen tener un peso específico muy importante en la aparición de distintos tipos de problemas; problemas muy complejos, por su fácil generalización a todos los ámbitos de actividad de la persona, por su papel central en la propia estructura de la personalidad y de la identidad personal, por su aprendizaje insidioso y desde la primera infancia, por su funcionamiento inconsciente, por su falta de percepción por parte de la persona y, en definitiva, por su enorme dificultad de evaluación.

Esta línea de trabajo ha tenido un impulso importante en los últimos años con el auge de la perspectiva transdiagnóstica, que ha enfatizado la búsqueda de factores o procesos comunes a distintos trastornos que expliquen, entre otros aspectos, la elevada comorbilidad existente entre algunos trastornos. Es decir, esta nueva perspectiva psicopatológica busca identificar un rango de procesos cognitivos y conductuales como causales o mantenedores de un amplio rango de trastornos mentales. En ese sentido, uno de los mecanismos cognitivos que ha despertado un mayor interés ha sido la regulación emocional, proponiéndose que estrategias de regulación emocional desadaptativas podrían estar detrás de los trastornos emocionales, contribuyendo al mantenimiento de sus síntomas. Vinculadas a esta propuesta, se han generado alternativas de tratamiento que han mostrado resultados prometedores. En este sentido, podría destacarse el protocolo unificado de tratamiento transdiagnóstico para los trastornos emocionales, desarrollado D. H. Barlow y su grupo de trabajo en la Universidad de Boston.

Los esquemas cognitivos deben recibir más atención por parte de la EPC, tanto en la investigación como en la práctica habitual. La exploración de los esquemas educativos, el aprendizaje de los vínculos afectivos, del establecimiento de metas personales, de formas de valoración propia y de los demás, de los esquemas narrativos de nuestras propias vivencias, entre otras variables, debe incluirse en los esquemas de entrevista, sobre todo de los casos más complejos. Igualmente, el evaluador tendrá que conocer y utilizar dentro del proceso de EPC las pruebas, bien es cierto que incipientes, diseñadas para la evaluación de este tipo de variables y de este tipo de trastornos.

Por otro lado, muy vinculado a la aparición y consolidación de la psicología positiva, durante las últimas dos décadas, se ha enfatizado en la necesidad de considerar que los aspectos positivos asociados a la salud y el bienestar, así como el reconocimiento de que los estados positivos a nivel psicológico formen parte de la salud, puedan tener influencia en la aparición de enfermedades y procesos físicos y puedan afectar a la recuperación de las personas. Esto supondría un avance en la línea de la definición (probablemente utópica) planteada en 1948 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que definía la salud como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía. Así, actualmente, hay una tendencia a considerar necesario incorporar los factores psicológicos positivos en el proceso de EPC, para conocer y reconocer, por ejemplo, las fortalezas de las personas,

más allá de la identificación y análisis de sus dificultades, debilidades y déficits.

Vinculados a este reconocimiento, aunque esta empresa no resulta sencilla, se han hecho esfuerzos importantes tanto para identificar y definir las variables que considerar como para desarrollar instrumentos estandarizados que nos permitan evaluar aspectos como fortalezas psicológicas, emociones positivas, resiliencia, satisfacción con la vida o bienestar emocional. Especialmente destacable es la propuesta de Seligman y Peterson (2004) en la que identifican seis virtudes nucleares y veinticuatro fortalezas y sus esfuerzos por desarrollar instrumentos que permitan evaluarlas. Para evaluar dichas fortalezas han propuesto un conjunto de medidas que evalúan las diferencias individuales en las fortalezas de dicha clasificación, la más conocida de las cuales es el cuestionario *Values in Action Inventory of Strengths* (VIA-IS), con versiones para adultos y niños, y una versión breve que facilita su aplicación.

Wood y Johnson (2016) señalan, respecto a evaluación en psicología positiva en contexto clínico, que existen tres posibilidades en cuanto a la utilización de escalas y cuestionarios. La primera de ellas hace referencia a la utilización de medidas de funcionamiento positivo, por ejemplo, medidas de bienestar y satisfacción, desarrolladas desde la psicología positiva en general. Sin embargo, estos mismos autores señalan que, en ocasiones, estas pueden no ajustarse a las necesidades específicas de los psicólogos clínicos.

La segunda posibilidad sería reevaluar algunas herramientas ya existentes, que evalúan funcionamiento positivo, aunque quizá este no fuera su objetivo inicial (p. ej., CES-D, en el que puntuaciones bajas no solo señalan ausencia de sintomatología depresiva, sino funcionamiento positivo y adecuado). Por último, estaría la posibilidad de incorporar medidas desarrolladas específicamente desde la psicología clínica positiva, como la *Authenticity Scale* (Wood, Linley, Maltby, Baliousis y Joseph, 2008) o la *Unconditional Positive Self-Regard Scale* (Patterson y Joseph, 2006, 2013). La evaluación de algunos aspectos específicos, como el bienestar psicológico, así como instrumentos concretos se abordará con mayor detalle en el [capítulo 7](#).

De forma más amplia, otros autores han señalado la utilidad de otras técnicas de evaluación, como los diarios, que permiten registrar emociones o conductas vividas de forma detallada y pueden ofrecer datos relevantes y quizá menos sesgados que, por ejemplo, los de satisfacción vital general, para identificar qué factores hacen sentirse bien a una determinada persona (Vázquez y Hervás, 2009). Estos autores enfatizan la necesidad de medidas multinivel y metodologías diversas para conseguir abordar estos factores.

4.5.2. Variables relacionadas con la intervención

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

importantes de variables de este tipo:

1. *Variables requeridas por las técnicas de tratamiento.* La mayoría de las técnicas de terapia de conducta e intervención psicológica indican, en sus protocolos y manuales de aplicación, algunas variables que es preciso medir para poder proceder a la aplicación óptima de la técnica. Por ejemplo, Wolpe ha señalado la necesidad de que las personas puedan crear y mantener imágenes mentales realistas para poder aplicar adecuadamente una desensibilización sistemática (DS) en la imaginación. La evaluación de la habilidad para crear ese tipo de imágenes se lleva a cabo durante el propio protocolo de aplicación de la DS propuesto por dicho autor. Como se observa, esta variable no tiene por qué mantener ninguna relación funcional con el origen o el mantenimiento del problema y, sin embargo, puede incluirse entre las variables de la persona para evaluar en el proceso global de EPC.
2. *Variables predictoras del cambio y del éxito del tratamiento.* Entre las variables de la persona que pueden añadir información al proceso de EPC se encuentran aquellas que permiten realizar predicciones acerca de la facilidad o dificultad para el cambio, o que afectan al éxito de la intervención, sin estar necesariamente implicadas en los problemas de la persona. Se denominan variables predictoras del cambio y se han identificado distintos índices para los trastornos más importantes (apoyo social, tratamientos previos, nivel de creencia en las ideas disfuncionales, etc.). El psicólogo deberá conocer este tipo de índices identificados y desarrollados por la investigación clínica. De forma más general, se han identificado variables que predicen el cambio y su mantenimiento de modo más global. Variables que parecen extender sus efectos a la mayoría de las situaciones clínicas y que, de nuevo, pueden, o no, estar relacionadas funcionalmente con el núcleo de los problemas. Entre ellas, se han valorado especialmente el apoyo social percibido, las relacionadas con los recursos (posibilidades y competencia) de las personas, la motivación al cambio, las relacionadas con el autocontrol y las expectativas, entre otras. Este tipo de variables será muy útil para el diseño del tratamiento y claves para la inclusión de un pronóstico en la formulación del caso.

Especialmente interesante en este sentido puede ser el trabajo realizado por la *Third Interdivisional APA Task Force on Evidence-Based Relationships and Responsiveness*, a partir de la elaboración de metaanálisis, para identificar los elementos necesarios a considerar para adaptar la terapia al paciente individual sobre la base de sus características transdiagnósticas (y los métodos para hacerlo). Así, como puede verse en el [cuadro 4.9](#) que recoge los principales resultados de los metaanálisis realizados sobre la eficacia de las adaptaciones de los tratamientos en función de las características transdiagnósticas de los pacientes, a la hora de diseñar las intervenciones, es importante tener en cuenta variables como la cultura de los pacientes, sus preferencias respecto a la terapia

y la religión, y espiritualidad de los mismos, así como, aunque con una menor evidencia, aspectos como el estadio de cambio en el que se encuentra la persona y su nivel de resistencia a la terapia. Por lo tanto, aunque se observa la necesidad de un mayor volumen de trabajos en este sentido, será importante tener en cuenta estas variables en este momento de la evaluación para considerarlas en el diseño del tratamiento.

Cuadro 4.9. *Resultados de los metaanálisis realizados sobre la eficacia de las adaptaciones de los tratamientos en función de las características transdiagnósticas de los pacientes*

<i>Características de los pacientes</i>	<i>Núm. de estudios</i>	<i>Núm. de pacientes</i>	<i>Tamaño del efecto</i>	<i>Fortaleza de la evidencia</i>
Estilo de apego	32	3.158	0,35	Investigación insuficiente, pero resultados prometedores
Estilo de afrontamiento	18	1.947	0,60	Probablemente efectivo
Cultura (raza/etnia)	99	13.813	0,50	Demostrablemente efectivo
Identidad de género	No aplicable ¹	No aplicable ¹	No aplicable ¹	Importante pero no suficientemente investigado todavía
Preferencias respecto a la terapia	51	16.269	0,28	Demostrablemente efectivo
Nivel de resistencia	13	1.208	0,78	Probablemente efectivo
Religión y espiritualidad	97	7.181	0,13-0,43	Demostrablemente efectivo
Orientación sexual	No aplicable ¹	No aplicable ¹	No aplicable ¹	Importante pero no suficientemente investigado todavía
Estadios de cambio	76	21.424	0,41	Probablemente efectivo

¹ Los autores no localizaron estudios para el metaanálisis y realizaron un análisis del contenido de los estudios seleccionados.

Fuente: Tomado de Norcross y Wampold (2018).

3. *Variables relacionadas con la medida del cambio.* El tercer grupo hace referencia a aquellas variables de la persona sensibles a los cambios producidos por las intervenciones psicológicas. Más adelante, se dedica un capítulo

completo a la medida del cambio en psicoterapia, por lo que no se va a insistir en ese momento sobre este tipo de variables. Baste con adelantar la necesidad de considerar variables próximas (o primarias) y lejanas (o secundarias) en la medida del cambio. Entre las primeras deben destacarse aquellas relacionadas o con las técnicas o con los objetivos de la intervención, es decir, aquellas que buscan monitorizar los cambios que se producen durante la intervención directamente relacionados con los objetivos (y, por tanto, con los problemas de los pacientes). Entre las segundas, se incluyen variables globales de resultados que pretenden conocer el impacto del cambio en esas variables próximas en la vida de la persona y que, por tanto, deben cubrir distintos dominios de actividad: salud general, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, bienestar y satisfacción con la intervención pueden ser buenos ejemplos de este tipo de dominios y variables.

4.6. Variables del contexto

Como reconoce la propia OMS en su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como son las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. Por ello, la recogida de información descriptiva del proceso de EPC no estaría completa sin la información proveniente de los contextos ambientales relacionados con la aparición, curso y estado actual de los problemas.

La polémica *persona-ambiente* ha sido una de las más importantes y prolongadas de la psicología. Todavía en la actualidad, existen, por un lado, *bunkers* ambientalistas, que defienden la causalidad ambiental como principal fuente del comportamiento humano, y por el otro, grupos de presión muy potentes que insisten en las variables internas (generalmente hereditarias) como única explicación del quehacer humano. Afortunadamente, desde la década de los setenta del siglo XX, las posiciones intermedias y conciliadoras han ganado peso hasta el punto de consolidar la idea de que cualquier modelo explicativo del comportamiento humano que pretenda ser tomado en serio deberá incluir aspectos personales (hereditarios o no), aspectos ambientales y, más importante, especificar los efectos de la interacción entre ambos.

A mediados de los años setenta, los modelos que se denominaron interactivos parecían destinados a constituir la base explicativa del comportamiento humano. Sin embargo, el desarrollo y la influencia de este tipo de modelos no ha avanzado tanto como se esperaba. La investigación sobre los factores ambientales y contextuales que inciden en los problemas psicológicos no se puede comparar, ni en cantidad, ni en calidad de los resultados, a la interesada en los factores personales. A pesar de la insistencia de la mayoría de los autores en la necesidad de desarrollar y proponer modelos biopsicosociales para explicar los problemas y trastornos psicológicos, lo cierto es que la investigación biológica ha avanzado enormemente, la psicológica otro tanto,

pero la social ha quedado algo desbancada a pesar de algunos esfuerzos muy notables realizados en los últimos años desde ámbitos como el social, el comunitario o el transcultural en la psicología. La investigación sobre los procesos interactivos es aún más deficiente. Si bien, se han iniciado líneas de trabajo muy potentes para relacionar los factores biológicos y psicológicos, son muchas menos las que incluyen los factores y situaciones sociales o ambientales.

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

Nuestro empeño a lo largo del texto ha sido el de defender un enfoque metodológico, que incluya variables biológicas, psicológicas y sociales, y que persiga una perspectiva transaccional persona-ambiente en sus planteamientos. De este modo, el papel que los sucesos ambientales y sociales, en interacción con las variables personales y de comportamiento, puedan desempeñar en la génesis y mantenimiento de los problemas, y por tanto, los instrumentos desarrollados para su evaluación, resulta del máximo interés para completar el proceso de EPC.

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

4.6.1. Condiciones físicas

Un primer bloque de variables sometidas a estudio para identificar sus efectos sobre el comportamiento humano y, específicamente, sobre los problemas y trastornos psicológicos es el relacionado con las condiciones físicas ambientales. Aunque la investigación es reciente, la psicología ambiental se ha encargado de ir identificando y estableciendo relaciones entre algunos sucesos ambientales y algunos problemas psicológicos. Este tipo de variables pueden jugar un papel durante el inicio del problema o durante su aparición actual, o en ambos casos. Aunque la mayoría de la investigación sobre las relaciones que este tipo de variables mantienen con la salud mental proviene de estudios epidemiológicos, en algunos casos existe una notable investigación básica. De modo paralelo y complementario, la ergonomía ha ido facilitando información al respecto, sobre todo la relacionada con las condiciones laborales que afectan a la salud y la seguridad. Un ejemplo puede provenir de la investigación sobre el *ruido*. Se han llevado a cabo estudios epidemiológicos que han identificado cómo las personas que viven expuestas a sonidos fuertes y continuados, por ejemplo aquellas que viven cerca de un aeropuerto, tienden a sufrir más problemas de salud mental especialmente

relacionados con trastornos del sueño, ira y estrés. La investigación básica ha identificado los niveles de decibelios que parecen afectar, de forma incondicionada, a los seres humanos y cómo este tipo de estímulos puede provocar fácilmente condicionamientos aversivos, a la vez que afecta a la capacidad de procesamiento de la información. Los trabajos en ergonomía tratan de identificar los niveles de ruido que una persona puede soportar en su puesto de trabajo y cómo estos influyen en el rendimiento, el bienestar de los trabajadores y en el mayor o menor número de accidentes y enfermedades laborales.

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

Un primer campo de estudio, que afecta a todos los demás ámbitos, es el de la investigación sobre la identificación de las principales variables físicas que parecen influir en el comportamiento humano. En esta línea de trabajo se ha señalado el ruido, la luz, el ambiente atmosférico y la temperatura como las fuentes de la influencia medioambiental en la salud mental. Este tipo de variables no aparecen aisladas, sino que se configuran en contextos que adquieren significado y valor emocional para las personas que viven en ellos. Los contextos más importantes son aquellos relacionados con el clima natural, los factores asociados al alojamiento, al ambiente laboral y al ocio.

En los cuatro casos, la investigación ha puesto de manifiesto variables claves que parecen influir en la aparición y mantenimiento de los problemas psicológicos. Por su parte, una vez que se consideran este tipo de variables durante el proceso de EPC, su evaluación resulta generalmente sencilla. En la mayoría de las ocasiones, los informes del paciente u otras personas presentes durante la estimulación (ruido, luz, etc.) pueden ser suficientes. En todo caso, existen instrumentos de medida del ruido (en decibelios), iluminación (*luxes*), temperatura (grados) y contaminantes atmosféricos (CO₂ y otros agentes) fáciles de aplicar.

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

En el ámbito de la residencia y el alojamiento, se ha establecido claramente la importancia para la seguridad, salud e identidad personal de contar con un hogar propio donde residir; un hogar que nos permita resguardarnos del clima exterior, guardar nuestras pertenencias más personales, recibir a nuestros amigos, convivir con nuestros familiares, recuperarnos de enfermedades, etc. En la misma línea, el ambiente del barrio o la ciudad de residencia juega un papel relevante en nuestra salud mental, la seguridad ciudadana, el hacinamiento en la vivienda, la alta densidad de población en el barrio o las relaciones con los vecinos pueden ser variables claves en el curso de algunos

problemas. Por ejemplo, los comportamientos violentos parecen tener una relación importante con este tipo de variables. En Estados Unidos, la mayoría de muertos por armas de fuego lo son por disparos de sus familiares o vecinos. En España, todos recordamos algunos sucesos violentos debidos a riñas entre vecinos. Los análisis rural-urbano han abonado todo un ámbito de investigación que, en salud mental, ha puesto de manifiesto cómo los ambientes empobrecidos social y culturalmente, el excesivo aislamiento y las redes sociales demasiado escasas pueden también provocar problemas de salud mental. Oscar Wilde ya hablaba de lo que se denominaba “depresión agrícola” y los estudios ECA han indicado la mayor prevalencia de algunos trastornos en los ámbitos rurales frente a los urbanos. Aunque el acceso a los servicios sociales y de salud puede jugar un papel modulador muy importante en esta relación, la misma no debe despreciarse.

Un campo aparte lo configuran los trabajos relacionados con el diseño de los ambientes residenciales para enfermos mentales de distinta índole, en el que los avances de la investigación no siempre se han visto reflejados en su aplicación en hospitales y residencias. Afortunadamente, cada vez más, los técnicos responsables del diseño de este tipo de centros tienen en cuenta las recomendaciones de los profesionales de la salud. En general, puede decirse que los ambientes estimuladamente enriquecidos, hogareños, que preservan la intimidad y que favorecen la aparición de relaciones sociales pueden beneficiar a la mayoría de las poblaciones usuarias, como son personas con trastornos mentales graves, personas con discapacidad intelectual, personas mayores, etc.

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

Los ambientes de ocio han sido menos investigados en general, especialmente en su relación con la salud mental. Una excepción puede situarse en los trabajos del grupo de Kaplan respecto a los denominados *ambientes restauradores* (Kaplan, Bardwell y Slakter, 1993). Los autores identifican cuatro factores considerados importantes para que un determinado ambiente proporcione una experiencia restauradora a la persona, estos son:

1. Estar ausente o en un ambiente diferente del habitual.
2. Ofrecer un patrón de estimulación que se extienda en el espacio y en el tiempo, y que sea percibido como un ambiente en el que se puede entrar y pasar un cierto tiempo.
3. Fascinación, la cualidad de un ambiente que uno puede encontrar

intrínsecamente interesante y atractivo.

4. Compatibilidad, el grado en que el ambiente puede servir para los propósitos establecidos por la persona.

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

La evaluación de este tipo de variables tiene dos vertientes: la objetiva, que incluye planos de la vivienda, informes demográficos y policiales de los barrios, medidas objetivas de las distintas variables, metros cuadrados de la vivienda, equipamiento y servicios de los barrios, empresas o lugares de ocio, informes meteorológicos y un largo etcétera acomodado en cada caso a los tipos de variables relevantes. Y la subjetiva, que se centra en las representaciones cognitivas y valoraciones emocionales que las personas hacemos de este tipo de variables.

Medidas de satisfacción residencial, mapas cognitivos y distintas estrategias para la valoración emocional de ambientes son los instrumentos más frecuentemente utilizados. En cualquier caso, y teniendo en cuenta el contexto clínico en el que nos movemos, en la mayoría de las ocasiones su inclusión en la entrevista ofrece unos resultados suficientes para dilucidar el papel que pueden estar jugando este tipo de variables en los problemas del paciente.

4.6.2. Condiciones sociales

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

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

Al centrarnos en el contexto social próximo de la persona, encontramos una fuerte investigación por parte de la psicología social. Aspectos como el espacio interpersonal, las relaciones en pareja, el funcionamiento de los pequeños grupos y, en definitiva, todos los aspectos psicosociales conforman campos de investigación bien establecidos pero

que, inexplicablemente, no han tenido un reflejo en la práctica clínica tan importante como sería de esperar. Los ámbitos de la psicología clínica comunitaria y la psiquiatría social están rellendo este hueco y estableciendo los puentes entre los conocimientos clínicos y sociales.

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

En este nivel de análisis, el apoyo social y el clima social aparecen como las dos variables que con mayor frecuencia se han relacionado con la salud mental y los problemas psicológicos. En el primer caso, se ha acumulado una evidencia suficiente para señalar el papel modulador que el apoyo social, su falta o la percepción personal de ese apoyo tienen en una parte importante de los problemas relacionados con la salud (Sarason, Sarason y Pierce, 1990). Muchos autores clínicos y sociales sitúan el funcionamiento adecuado de las redes de apoyo social y una percepción optimista por parte de la persona de ese apoyo como uno de los factores protectores de mayor importancia para los trastornos psicológicos.

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

En el segundo caso, el del clima social, el grupo de R. H. Moos, desde el Laboratorio de Ecología Social de la Universidad de Stanford, ha desarrollado a partir de los años ochenta todo un ámbito de investigación que ha puesto de manifiesto cómo las relaciones humanas que se establecen en los distintos ambientes, laborales, de ocio, familiares, etc., tienen un papel que puede llegar a resultar importante en la aparición y mantenimiento de algunos problemas psicológicos. El mismo grupo se ha encargado de diseñar instrumentos de evaluación para este tipo de variables, como el FES (escala de

clima social en la familia, Moos *et al.*, 1984), sin duda, entre los más empleados.

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

Frente a este desconocimiento, se sitúa la evidencia de que los factores sociales próximos y los más amplios, de carácter cultural, pueden llegar a ser determinantes en la génesis y mantenimiento de distintos problemas psicológicos. La contextualización social y cultural de la persona y sus problemas son un factor clave para determinar la importancia de un problema concreto y para la comprensión global del caso. Entre otras variables, baste citar cómo las relaciones familiares no pueden analizarse sin tener en cuenta el contexto cultural y religioso en el que se desarrollan. Los roles de cada miembro de la unidad familiar son distintos en cada cultura. En nuestro país, podemos encontrar estructuras familiares amplias, nucleares, monoparentales, islámicas, gitanas, etc. Sin querer entrar en vericuetos legales, en el marco clínico, las relaciones sexuales entre varones adultos y mujeres de quince o dieciséis años no puede considerarse igual en las comunidades gitanas que en las comunidades no gitanas de nuestro país; en el primer caso, probablemente hablamos de relaciones dentro del matrimonio, mientras que, en el segundo, casi siempre nos referiremos a situaciones de abuso de menores. Aun desde otro punto de vista, los procesos de aculturación a que se ven expuestas las personas que desarrollan su vida en un contexto cultural distinto del que fueron educadas se han identificado como una de las fuentes de estrés más importantes en este grupo de población (Berry *et al.*, 1992). La adaptación a la cultura de acogida, incluso cuando esa acogida sea favorable, resulta de un proceso en el cual la persona cambia de idioma, de normas culturales básicas, de esquemas de relación entre personas, etc., a la vez que desconoce el medio físico en el que vive. En muchos casos, esta integración se ve dificultada por las presiones sociales tanto de los grupos de acogida como de los demás miembros del grupo de origen que conviven en los países o ciudades en los que se integran.

A lo largo de las últimas décadas, nuestra sociedad se ha hecho más plural y compleja, más heterogénea, y esto ha hecho más evidente y relevante la consideración de estos aspectos culturales en los procesos de EPC. Sin embargo, la consideración de estos factores culturales a menudo resulta compleja y se hace imprescindible la elaboración de propuestas e instrumentos que nos permitan aumentar la validez cultural de la EPC. En ese sentido, el DSM-IV ya introdujo una guía para la formulación cultural para ayudar al

evaluador en la valoración del impacto del contexto cultural del paciente. Esta guía, revisada posteriormente en el DSM-5, incluye una serie de recomendaciones específicas para el caso de trabajar con personas provenientes de otros marcos culturales, concretamente:

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

En esta última versión del DSM se ha dado un paso más y se ha propuesto la *Entrevista de Formulación Cultural* (EFC) como instrumento para facilitar esta identificación y consideración del papel de los aspectos culturales en el proceso de evaluación. La EFC es una breve entrevista semiestructurada que consta de dieciséis preguntas, acompañadas de instrucciones y descripciones de los objetivos para cada uno de los cuatro dominios (definición cultural del problema; percepciones culturales de la causa, el contexto y el apoyo; factores culturales que afectan al afrontamiento personal y la búsqueda de ayuda en el pasado; y factores culturales que afectan a la búsqueda de ayuda en la actualidad), que deben ser utilizadas de una forma flexible para facilitar el desarrollo de la entrevista y no interferir en la relación con el paciente. Esta entrevista está disponible en castellano en el propio manual del DSM-5. Además, se han desarrollado ocho módulos suplementarios que permiten explorar los dominios considerados con mayor profundidad, otros tres dirigidos a poblaciones con necesidades específicas (niños y adolescentes, ancianos e inmigrantes y refugiados) y un último módulo dirigido a explorar las experiencias y puntos de vista de las personas que ejercen las funciones de cuidador para poder conocer la naturaleza y el contexto cultural de

dichas funciones, así como la manera en que afectan al apoyo social en el entorno inmediato del paciente. Estos instrumentos complementarios están también disponibles en castellano, con acceso libre, en la página web de la editorial responsable de la publicación del DSM en nuestro idioma.

Pero, además de contar con instrumentos que faciliten la consideración de estos elementos culturales, el conocimiento de los grupos y normas culturales más frecuentes entre la población con la que trabaje cada psicólogo es un requisito imprescindible para asegurar la óptima integración de estas variables en el proceso de evaluación.

Recientemente, se ha centrado la atención en el estudio de los espacios de intersección entre los factores sociales que afectan a la persona, por un lado, y la salud mental, por otro. Los procesos de exclusión social, con dimensiones socioeconómicas y personales, se han relacionado con el desarrollo de problemas de salud mental y pueden llegar a convertirse en la mayor amenaza para el tratamiento y la recuperación de las personas que sufren algunos grupos de trastornos o pertenecen a algunos grupos de población. Por ejemplo, la falta de acceso a los servicios clínicos, por una parte, de algunas poblaciones inmigrantes y, por otra, de las personas con enfermedad mental crónica está bien documentada en todos los países europeos y supone uno de los mayores desafíos actuales que tiene ante sí la psicología clínica. En otro lugar hemos tratado de forma más extensa las relaciones existentes entre los procesos de exclusión social y la salud mental (Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003).

4.7. Apuntes para la consideración de aspectos transversales en el proceso de evaluación

A pesar de lo expuesto hasta el momento, la diferenciación entre variables personales y variables del contexto no siempre resulta sencilla, ya que en muchas ocasiones los aspectos socioculturales interactúan con las variables personales y afectan al desarrollo personal y la salud mental de las personas. Aunque son muchas las variables de este tipo que podrían señalarse, a continuación, nos gustaría detenernos, brevemente, en dos de ellas.

A) Perspectiva de género en el proceso de EPC

Durante los últimos años, en la sociedad en general ha aumentado la conciencia sobre la necesidad de realizar la distinción entre sexo y género, además del reconocimiento de la importancia de su interacción en el desarrollo de los individuos. Esto se ha trasladado a un aumento del interés por estos aspectos dentro de los estudios de salud, y se ha reconocido como necesaria la introducción del género como variable de análisis que ayude a comprender cómo el ambiente cultural y social en el que se encuentra la persona puede influir sobre su salud, concretamente, a través de su vulnerabilidad o exposición a factores de riesgo, así como a enfermedades o problemas de salud, lo que propicia la aparición de las desigualdades entre hombres y mujeres no

solo en la prevalencia de los mismos, sino también en su expresión, desarrollo y posibilidades de intervención. Esto es evidente y se ha estudiado con especial interés en algunos problemas o trastornos de salud mental como la depresión, los problemas de conducta o la conducta suicida, cuya prevalencia en hombres y mujeres resulta claramente diferente.

En el caso de la depresión, uno de los resultados más consistentes es que su tasa de prevalencia es, aproximadamente, el doble en mujeres que en hombres (Andrade *et al.*, 2003; Bromet *et al.*, 2011), lo que ha sido tradicionalmente explicado a través de factores biológicos (Cyranowski *et al.*, 2000; Eley *et al.*, 2004), temperamentales (Cyranowski *et al.*, 2000; Kendler *et al.*, 1993) y cognitivos (Hankin y Abramson, 2001; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994). Sin embargo, en los últimos años, se ha hecho patente la necesidad de considerar también factores psicológicos, sociales, económicos y políticos para comprender tales diferencias. Así, aunque no existe un consenso total, parece apuntarse una relación compleja entre género y depresión (Cheng, 1999; Priess, Lindberg; y Hyde, 2009), y se señala, por ejemplo, que la presión por ajustarse a los roles de género culturalmente aceptados, sobre todo en momentos claves del desarrollo, como la adolescencia, podría ser relevante a la hora de entender estas diferencias (Priess, Lindberg, y Hyde, 2009; Barrett y White, 2002; Wichstrom, 1999). También se ha planteado que, al menos, una parte de las diferencias encontradas podría deberse a que los propios instrumentos utilizados para la evaluación de la depresión podrían no recoger adecuadamente los síntomas depresivos debido a la posible existencia de diferencias cualitativas en la expresión entre hombres y mujeres, lo que podría dar lugar a un aumento de los falsos positivos en mujeres y al de falsos negativos en el caso de los hombres (Wilhelm, Parker, 1993; y Page, Benesh, 1993).

En la misma línea, algunas autoras han señalado la existencia de importantes sesgos en el diagnóstico (Sprock y Yoder, 1997) y la medicalización (Rodríguez-Sánchez, 2018) de la salud mental femenina. Aunque no resulta posible detenernos en este aspecto, en nuestra opinión resulta necesario introducir la perspectiva de género en el proceso de EPC, que permita entender y considerar el papel de los roles de género y la presión social por ajustarse a los mismos en la génesis, mantenimiento y expresión de síntomas entre hombres y mujeres, las distintas implicaciones de los problemas de salud mental, la búsqueda y petición de ayuda, etc. En ese sentido, la propia *American Psychological Association* ha publicado distintas guías para promover una práctica profesional sensible al género y a los aspectos culturales, como son las “Directrices de la APA para la práctica profesional con niños y hombres” (2018) y las “Directrices de la APA para la práctica psicológica con niñas y mujeres” (2018), cuyas líneas generales se recogen en el [cuadro 4.10](#). En ambos casos, se enfatiza la interseccionalidad del género con otras variables relevantes, es decir, el reconocimiento de que la identidad de género afecta y es afectada por otras variables relevantes, como son la raza, etnia, capacidad física y mental, cultura, ubicación geográfica, orientación sexual, clase social, edad, características físicas, afiliación religiosa, aculturación, estatus socioeconómico y otros atributos y variables sociodemográficos y personales que deben ser considerados

también en el proceso de EPC.

Cuadro 4.10. Resumen de las directrices propuestas por la APA para la práctica profesional con niñas y mujeres (2018) y con niños y hombres (2018)

<i>Directrices APA para la práctica psicológica con niñas y mujeres (2018)</i>
1. Reconocer las fortalezas y resiliencia de las mujeres y niñas y trabajar para promocionarlas.
2. Ser conscientes de que las niñas y mujeres forman sus identidades en contextos con mensajes múltiples, contradictorios y cambiantes sobre lo que significa ser mujer.
3. Esforzarse en reconocer, entender y usar información sobre la discriminación estructural y opresión que continúan impactando en las vidas y bienestar de las niñas y mujeres.
4. Alentar el uso de intervenciones y aproximaciones con niñas y mujeres que sean afirmativas, apropiadas para el desarrollo, relevantes en cuanto al género y la cultura y efectivas.
5. Animar a reflexionar sobre sus experiencias con el género y sus actitudes, creencias y conocimientos sobre el género y la manera en que este interacciona con otras identidades, que puede afectar a su práctica con niñas y mujeres.
6. Esforzarse por adoptar una práctica profesional que promueva la conciencia crítica y que aumente las oportunidades de niñas y mujeres.
7. Esforzarse por asignar diagnósticos a niñas y mujeres solo cuando estos sean necesarios; utilizar instrumentos de evaluación no sesgados y comprender la historia de abusos y sesgos de género en el diagnóstico y la evaluación.
8. Esforzarse por entender a las mujeres y niñas en su contexto sociopolítico y geopolítico.
9. Esforzarse en conocer, usar y proporcionar apoyo para los recursos de salud mental, educación y comunitarios y, cuando esté indicado, fórmulas tradicionales alternativas o complementarias para niñas y mujeres.
10. Implicarse en trabajar para cambiar ambientes hostiles e institucionales, discriminación sistémica y global que interfiere con la salud y el bienestar de niñas y mujeres.
<i>Directrices APA para la práctica profesional con niños y hombres (2018)</i>
1. Esforzarse en reconocer que las masculinidades son construcciones basadas en normas sociales, culturales y contextuales.
2. Esforzarse por reconocer que niños y hombres integran múltiples aspectos de sus identidades sociales a lo largo de su vida.
3. Entender el impacto del poder, los privilegios y el sexismo en el desarrollo de niños y hombres y en sus relaciones con los demás.
4. Esforzarse en comprender los factores que influyen en las relaciones interpersonales de niños y hombres.
5. Fomentar la participación positiva del padre y las relaciones familiares saludables.
6. Apoyar los esfuerzos educativos para responder a las necesidades de los niños y los hombres.
7. Esforzarse en reducir las altas tasas de problemas que enfrentan niños y hombres en sus vidas, como la agresión, la violencia, el abuso de sustancias y el suicidio.

8. Ayudar a los niños y hombres a poner en marcha conductas saludables.

9. Construir y promover servicios de atención psicológica sensibles al género.

10. Comprender y esforzarse por cambiar los problemas institucionales, culturales y sistémicos que afectan a los niños y los hombres a través de la defensa, la prevención y la educación.

B) Estigma en personas con trastornos mentales

Otro de los aspectos que queremos destacar tiene que ver con la consideración social de los problemas de salud mental, sus efectos sobre las propias personas que los padecen y la necesidad de que estos sean considerados en el propio proceso de EPC. La propia OMS señala que el estigma es una importante causa de discriminación y exclusión de las personas con trastornos mentales que afecta a la autoestima de estas personas, interfiere en sus relaciones familiares y limita las posibilidades de relacionarse con los demás y obtener alojamiento y empleo, lo que contribuye a la vulneración de sus derechos y acceso a oportunidades. Así, las personas con trastornos mentales graves se ven afectadas no solo por los síntomas característicos de su problema de salud mental, sino también por los efectos negativos del estigma social que acompaña a su trastorno.

Al hablar de estigma asociado a salud mental, se han diferenciado tres niveles que interactúan entre sí: estructural, social e internalizado (Corrigan y Watson, 2004; Livingston y Boyd, 2011). Así, mientras el estigma estructural o institucional se refiere al estigma existente en leyes e instituciones, el estigma social o público hace referencia al estigma de la población general, familiares de personas con trastornos mentales, profesionales sanitarios, medios de comunicación, etc. Las posibles experiencias de discriminación padecidas por los pacientes y la existencia de este tipo de actitudes en su entorno más inmediato deben ser abordadas de forma específica en el EPC.

Pero, además de estos niveles “externos”, que claramente impactan en la vida de las personas con trastornos mentales, en sus posibilidades de desarrollo, inclusión y obtención de atención adecuada, este estigma social, en muchas ocasiones, se internaliza, lo cual tiene un impacto más perjudicial aun sobre las vidas de este grupo de personas. Así, cuando una persona con problemas de salud mental acepta los estereotipos negativos que la sociedad comparte y se los aplica a sí misma, se generan emociones y valoraciones llenas de autoprejuicios que terminan condicionando su comportamiento.

El estigma internalizado o autoestigma se define como un proceso subjetivo, inculcado en un contexto sociocultural y resultado de la internalización del estigma social y estructural que se expresa en tres dimensiones: una dimensión cognitiva, caracterizada por aquellas creencias estereotipadas asociadas al trastorno que son aceptadas y aplicadas sobre uno mismo; una dimensión emocional, que hace referencia a las emociones y sentimientos negativos sobre sí mismo con base en la adherencia a estos estereotipos; y una dimensión conductual, manifestada en comportamientos autodiscriminatorios como el aislamiento (Livingston y Boyd, 2010; Corrigan y Watson, 2002a).

Un amplio volumen de evidencia científica ha puesto de manifiesto numerosas consecuencias negativas del estigma internalizado en el grupo de personas con trastornos mentales graves: mayor sintomatología depresiva y mayor ansiedad social (Han y Kim, 2018; Gerlinger *et al.*, 2013), desesperanza más elevada y menores expectativas de recuperación, que llevan a la persona a disminuir o eliminar la búsqueda de ayuda y a tener una menor adherencia a los tratamientos (Fung, Tsang y Corrigan, 2008), menores niveles de funcionamiento, satisfacción vital y calidad de vida (Gerlinger *et al.*, 2013; Livingston *et al.*, 2010; Muñoz *et al.*, 2011; Picco *et al.*, 2016), así como una tendencia al abandono de proyectos, metas y objetivos (Corrigan, Larson, Rüsche, 2009). Todo esto reduce el bienestar de las personas con trastornos mentales graves y supone un obstáculo para su recuperación.

Sin embargo, esto no se limita a los trastornos mentales graves, sino que también se extiende a otros trastornos mentales considerados generalmente de menor gravedad y, en principio, más aceptados socialmente. Este estigma internalizado también podría darse en otros trastornos como los de estado de ánimo, ansiedad, abuso de sustancias, estrés postraumático, suicidio, trastornos de la personalidad, etc. (Alonso *et al.*, 2009; Bonfils *et al.*, 2018), y está relacionado con menor autoestima (Oliveira, Carvalho y Esteves, 2016), peor adherencia al tratamiento (Sedlakova *et al.*, 2015), síntomas depresivos (Ociskova *et al.*, 2014) y, en general, con una peor calidad de vida y bienestar subjetivo (Oliveira, Esteves y Carvalho, 2015; Pérez-Garin, Molero y Bos, 2015).

A pesar de los efectos claros del estigma y del estigma internalizado para aspectos tan importantes como la calidad de vida y la recuperación de las personas con trastornos mentales, a menudo, estos elementos no son considerados en los procesos de EPC. La entrevista se presenta, en este caso, como una herramienta imprescindible, aunque contamos con algunos instrumentos estandarizados como la *Internalized Stigma of Mental Illness Scale* (ISMI; Ritsher, Otilingama y Grajalesa 2003), adaptada al castellano tanto en su versión original como en versiones más reducidas (Bengochea-Seco *et al.*, 2018), posiblemente más interesantes para el contexto clínico, que pueden ayudarnos a considerar estos aspectos. La entrevista nos permite abordar de forma flexible aspectos como las experiencias de discriminación sufridas y percibidas por las personas, sus creencias inadecuadas sobre el trastorno y las de su entorno, emociones y sentimientos negativos sobre sí, comportamientos autodiscriminatorios, etc., y valorar así el impacto del estigma en cualquiera de sus formas en la vida del paciente y también la conveniencia de incorporar a la intervención técnicas para abordar el autoestigma.

4.8. Caso clínico

Para llevar a efecto los objetivos recogidos en el eje del análisis descriptivo, se emplearon distintas técnicas y estrategias que permitiesen una garantía de la calidad de la información recogida. A estas alturas, al lector debe haberle quedado suficientemente claro que es imposible separar completamente las actividades de cada uno de los ejes a lo largo del proceso de EPC. En el presente punto se intentan diferenciar las actividades más descriptivas para facilitar su exposición. A continuación, se revisan las técnicas

empleadas para, posteriormente, resumir cada uno de los principales puntos del análisis descriptivo.

Pruebas empleadas

Se utilizaron las siguientes técnicas de evaluación:

ENTREVISTA: Se llevó a cabo una primera entrevista de acuerdo a la pauta de entrevista clínica para adultos incluida en el material. Se incluyeron, además, preguntas de detección de trastornos, de acuerdo a la guía de Vázquez y Muñoz ofrecida en el material. El proceso total de entrevista se extendió a lo largo de tres sesiones de cincuenta minutos.

ENTREVISTA A LOS PADRES: En una cuarta sesión se realizó una entrevista a los padres, principalmente para confirmar la información histórica y del desarrollo, pero útil también para obtener, igualmente, su punto de vista sobre la situación actual.

AUTORREGISTROS: En los periodos entre entrevistas se procedió a pedir al paciente que realizase un autorregistro de los episodios de ansiedad social y relacionados con la agresión. De esta forma, pudieron establecerse los aspectos esenciales de las secuencias de ambos problemas. Igualmente, la técnica se utilizó para crear en el paciente una consciencia de problema que no tenía al principio de la intervención y un hábito de autoobservación que resultaría muy útil durante el tratamiento.

NARRACIÓN ESCRITA: Para completar la información recogida en la entrevista acerca de la situación de agresión, que se recordaba de forma vaga, con lagunas y con fuerte carga emocional, se pidió al paciente que realizase una narración escrita en primera persona y lo más descriptiva posible del episodio de agresión sufrido a los dieciséis años. La técnica nos sirvió para ayudar a recordar los hechos ocurridos y las interpretaciones dadas por el paciente, a la vez que ayudó al reprocesamiento de los hechos y a la construcción de una interpretación más adaptativa de los mismos.

DIARIO DE PENSAMIENTOS: Una vez que el paciente comenzó a autoobservarse mejor y comprendió la utilidad de escribir sobre los problemas, se le animó a llevar a cabo un diario que recogiese sus pensamientos cotidianos. De esta forma, se confirmaron las rumiaciones identificadas en la entrevista y la mayoría de las ideas irracionales señaladas a lo largo de la exposición del caso.

INFORMES MÉDICOS Y PSIQUIÁTRICOS: Se le solicitaron todos los informes médicos y psiquiátricos de que disponía en su historial médico. Se mantuvo contacto con el psiquiatra, que lo atendió durante toda la intervención.

CUESTIONARIOS: Para completar el caso, buscar informaciones convergentes y divergentes e iniciar la evaluación de resultados, se emplearon los siguientes cuestionarios:

SCL-90-R (DEROGATIS, 1993): Se utilizó para hacer un barrido de síntomas posibles y confirmar la tendencia ansiógena y evitativa del paciente. Identificó una

tendencia paranoide que se integró en la formulación en los sistemas rumiativos y de ira y supervaloración del paciente. Los principales resultados se han expuesto en el [capítulo 3](#).

MCMI-IV (MILLON, GROSSMAN Y MILLON, 2015): La prueba de Millon se empleó para buscar información convergente y divergente dimensional sobre los trastornos de personalidad que parecían afectar más al paciente. La prueba identificó la tendencia evitadora social y avisó de la presencia de otras dimensiones con niveles elevados que podían complicar el tratamiento. Como en el caso anterior, los principales resultados se han expuesto en el [capítulo 3](#).

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

Síntomas somáticos: 1/7
Ansiedad e insomnio: 5/7
Disfunción social: 0/7
Depresión: 0/7

Destaca el hecho de que Anakin puntuase muy alto en ansiedad, como era de esperar, pero no lo hiciera en disfunción social. Las explicaciones que se valoraron fueron las relacionadas con la ventana de medida de la prueba, el paciente ya estaba tomando la medicación durante el periodo de evaluación al que se refiere el test, que pudo captar una imagen del paciente en un periodo de mejoría; la falta de consciencia de enfermedad del paciente en lo relativo a sus dificultades sociales y las dificultades de la propia prueba para detectar dificultades crónicas o muy estabilizadas. La baja puntuación en depresión puede seguir un esquema similar o indicar que el pretendido malestar continuo del paciente no era tan severo como parecían indicar las entrevistas.

BDI-II (Beck *et al.*, 1996): La prueba de Beck se aplicó, en un primer momento, para tratar de confirmar una hipótesis sobre la posible depresión del paciente. La puntuación obtenida en la primera medida (10 puntos), junto a otro tipo de informaciones, pareció descartar esa posible hipótesis, pero, ya que se había utilizado y que había problemas en el estado de ánimo, se decidió seguir empleándola como medida de resultados a lo largo del tratamiento.

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

Lista de problemas

- Ansiedad en situaciones sociales:

- a) Desmayos.
 - b) Pseudoalucinaciones.
 - c) Despersonalización.
 - d) Evitación.
 - e) Anticipaciones.
- Ansiedad ante determinados estímulos ambientales (árboles secos, escombros, descampados):
 - a) Evitación.
 - b) Anticipaciones.
 - Rumiaciones (ruptura con Padme, dificultades de la vida, religión, etc.).
 - Pensamientos de infravaloración.
 - Ideas sobrevaloradas sobre la sociedad.
 - Déficit de relaciones sociales y “sentimentales”.
 - Sentimientos de soledad y tristeza (más frecuentes cuando habla con o piensa en Padme).

Análisis de secuencias

Siguiendo el esquema propuesto para la EPC, una vez redactada la lista de problemas, se procedió a analizar las secuencias principales de cada uno de ellos. Para ello, se abordaron en la entrevista cada uno de los problemas y se procedió a un muestreo que incluyó la última ocasión en que el problema había aparecido, la más grave, una leve y la primera ocasión siempre que se recordase. De forma complementaria, se estableció un autorregistro, que comenzó la primera semana identificando solamente la frecuencia de las ocasiones en que el paciente se sentía mal (ansioso, nervioso, tenso, etc.), para, en la segunda semana, completarlo añadiendo al registro las situaciones en las que se encontraba cuando aparecían las sensaciones (incluyendo las personas presentes), los pensamientos, la intensidad de las sensaciones y cómo terminaba la situación. En el [cuadro 4.11](#) se presenta un esquema del autorregistro empleado.

Cuadro 4.11. *Esquema de autorregistro empleado*

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

A partir de los autorregistros cumplimentados en los periodos transcurridos entre las primeras cuatro sesiones, se pudieron obtener los datos incluidos en la [figura 4.7](#) y un cúmulo de información cualitativa añadido, al comentar en las sesiones los registros con el paciente y ampliar y detallar todos aquellos aspectos que pudieran revestir algún interés.

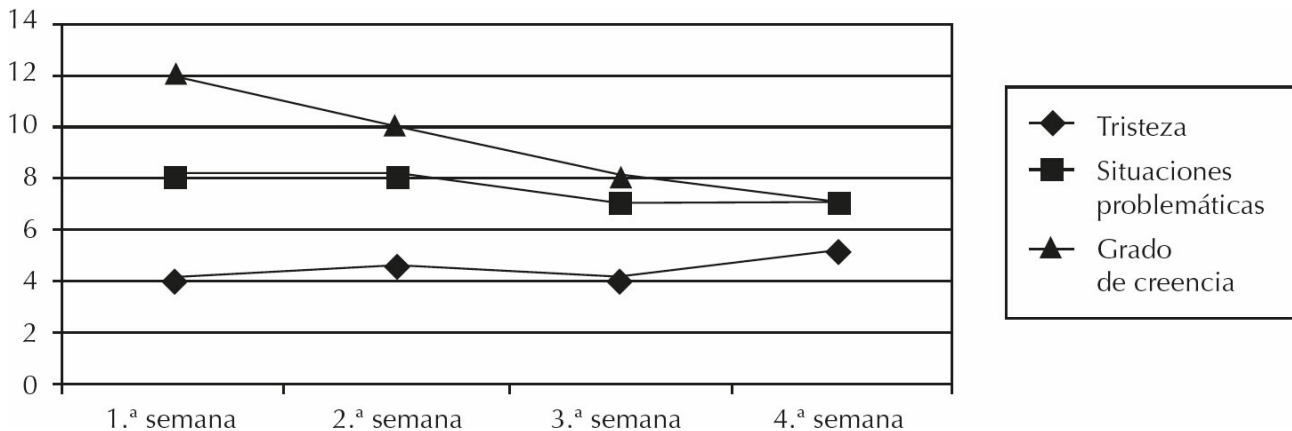


Figura 4.7. Frecuencia de las situaciones problema, nivel de creencia y estado de ánimo (tristeza).

Fuente: A partir del autorregistro.

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

En el caso de las primeras, se encontró como determinante el estatus social percibido en los interlocutores, parecía que la gravedad aumentaba con el estatus. En estas situaciones Anakin tendía a tener una percepción de amenaza muy potente que lo llevaba a una labor de hipervigilancia ante posibles críticas y rechazos por parte del otro. Esta hipervigilancia provocaba en muchas ocasiones unos comportamientos socialmente poco atractivos y, ciertamente, extraños (desconfianza, mirar a los lados, falta de respuesta a preguntas, etc.) y se acompañaba de una sensación de ansiedad y malestar importante. Este tipo de comportamientos provocaba un rechazo en las personas que no conocían a Anakin y un cierto malestar en los conocidos. Todo ello llevaba a potenciar los pensamientos de infravaloración, las rumiaciones y la evitación social activa y pasiva. En la mayoría de las ocasiones, las secuencias terminaban aquí. El paciente o evitaba el contacto social o lo mantenía, lo que provocaba un cierto rechazo en los demás y un malestar ansioso en sí mismo. En la [figura 4.8](#) se incluye un esquema descriptivo de

este tipo de secuencias elaborado a partir de la descripción de las secuencias concretas. En todos los esquemas se ha preferido simplificar las relaciones de contingencia y el papel de cada variable en dos valores, alto y bajo, indicado por el grosor de las líneas; el más grueso es el más frecuente o relevante respectivamente.

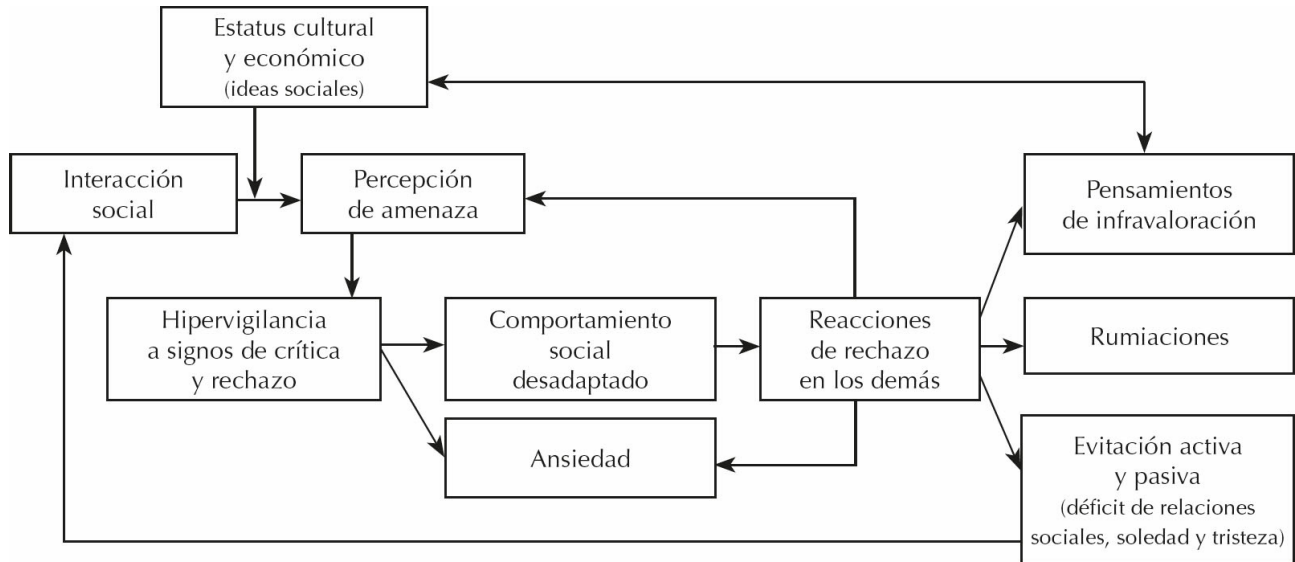


Figura 4.8. Esquema descriptivo de la secuencia de ansiedad y evitación social.

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

En segundo lugar, se realizó el análisis de las secuencias que incluían episodios especiales de desmayos, despersonalización o alucinaciones. Se llevó a cabo un muestreo exhaustivo de este tipo de sucesos, resultaron haber ocurrido en pocas ocasiones y fue posible revisarlos todos en la entrevista con el paciente y con sus padres. Durante la evaluación no ocurrió en ninguna ocasión una situación semejante y, por tanto, no se dispuso de información de autorregistro al respecto. Como se observa, en la sección de análisis del desarrollo, todos los episodios parecían tener una secuencia similar con una especie de llave que distinguían entre los desmayos y los otros dos tipos de percepciones. Los disparadores siempre eran situaciones sociales o, en alguna ocasión, ambientales, relacionadas con sus problemas y percibidas como extremas por el paciente. La percepción de amenaza se veía cumplida, la situación era *ciertamente* peligrosa, y comenzaba un proceso de rumiación de la situación y sus posibles consecuencias, potenciado por una activación fisiológica muy elevada. Ese círculo vicioso parece el antecedente directo de los episodios. Cuando Anakin se encuentra en su casa y con una cierta sensación de poderse *dejar llevar*, llega a perder el conocimiento y sufrir desmayos. Cuando su percepción social le indica que no puede llegar a perder el

conocimiento por no encontrarse suficientemente seguro, sufre un episodio de despersonalización o dice tener alucinaciones del diablo que lo acusa de ser el culpable de sus problemas. En los últimos dos casos, el paciente consigue reponerse recurriendo a la distracción y quitándole importancia al episodio. No pudo establecerse con rigor la credibilidad de Anakin en sus alucinaciones, a veces podía llegar a creer que eran ciertas, y a veces pensaba que eran fruto de su imaginación. En la [figura 4.9](#) se resume el esquema de este tipo de situaciones.

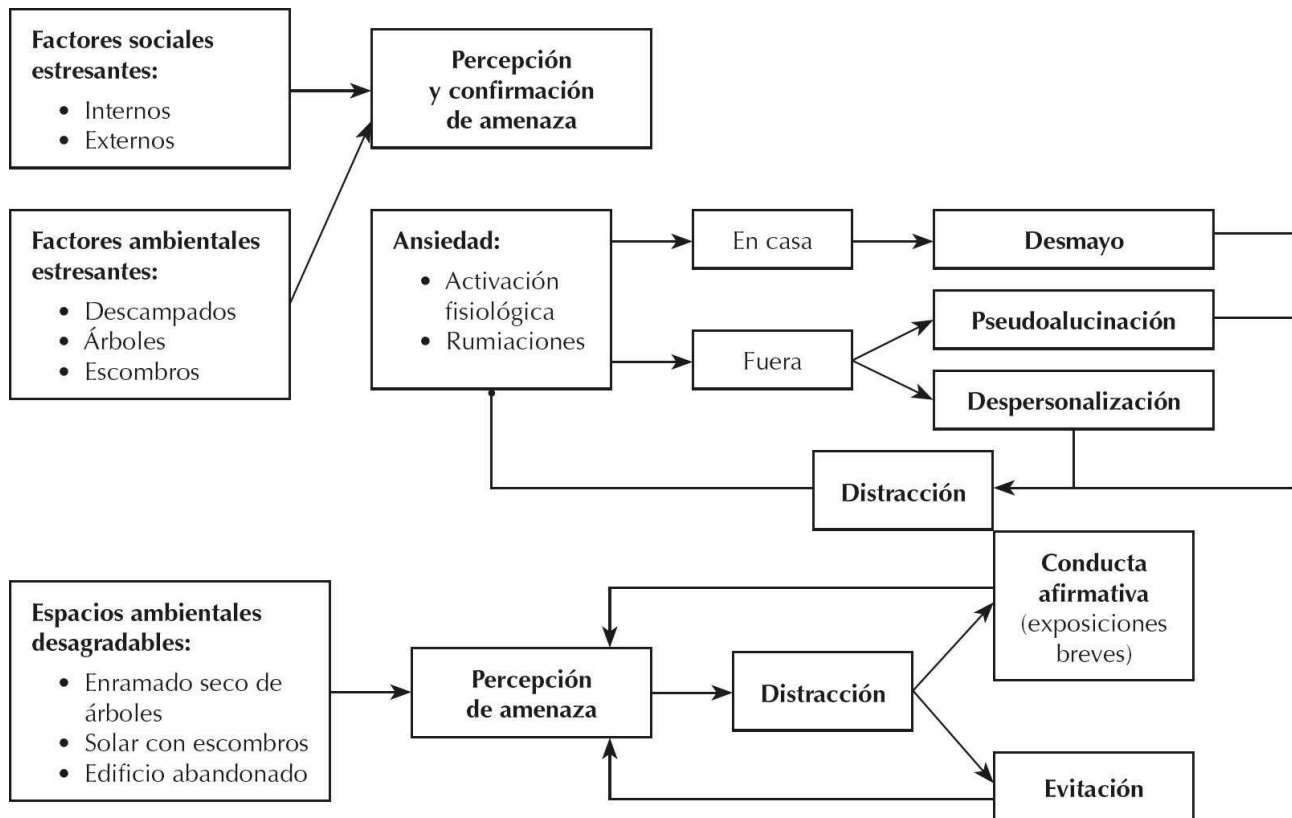


Figura 4.9. Esquema de la secuencia de los episodios especiales de desmayo, despersonalización y alucinaciones.

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

lugares o evitando pasar por ellos, siempre que fuera posible. En el análisis del desarrollo que se incluye a continuación se detalla cómo este tipo de situaciones derivan de una agresión sufrida a los dieciséis años y mencionada en la historia clínica. En la [figura 4.10](#) se resume este esquema de secuencia.

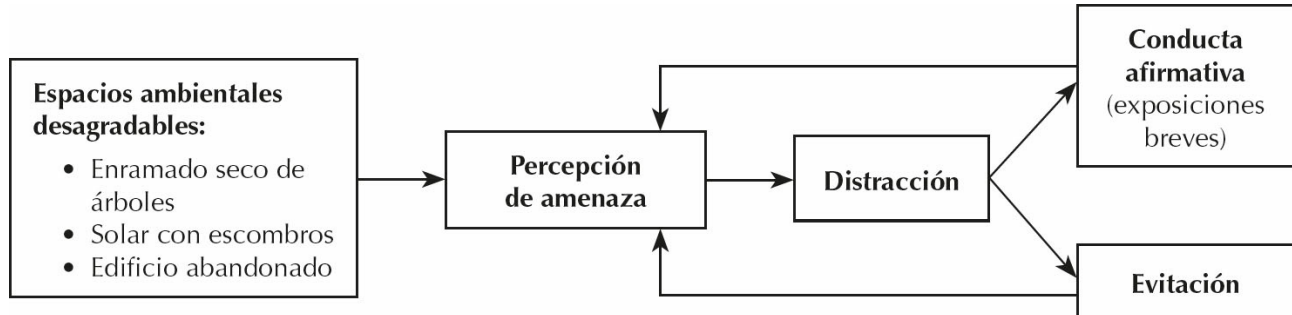


Figura 4.10. Esquema de secuencia de ansiedad en lugares que recuerdan la agresión.

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

Análisis del desarrollo

El análisis del desarrollo de los problemas juega un papel muy importante en la génesis de hipótesis y en la reconstrucción narrativa del caso que se devolverá al paciente. En la situación presente, la reconstrucción del pasado es relativamente sencilla y aporta, además, evidencia convergente con las hipótesis diagnósticas manejadas. Veamos los principales hitos de cada uno de los problemas.

Ansiedad y evitación social

Pueden identificarse varios factores que pudieron haber influido en la aparición de este problema. La existencia de unos modelos parentales con unas relaciones sociales muy reducidas y encerradas en un círculo de trabajo y religión pudo haber influido al añadir una dificultad al aprendizaje de habilidades sociales del niño. El estilo educativo familiar resultó quizá demasiado estricto, autoritario y, sobre todo, la falta de afecto que parece deducirse del clima familiar entorpecería, igualmente, dicho aprendizaje de habilidades y de relaciones de empatía apropiados en la infancia. Las dificultades psicomotrices y, sobre todo, el arreglo personal impuesto por la familia, junto a las frecuentes críticas,

comparaciones y burlas por parte de la propia familia, pueden haber ayudado a entorpecer el normal desarrollo social del paciente. En ese contexto, los frecuentes cambios de residencia no harían sino entorpecer las relaciones entre iguales, y conseguirían disolver las pocas habilidades puestas en marcha por Anakin en su primera adolescencia. De este modo, Anakin llega a la adolescencia con un fuerte déficit de habilidades sociales y de relación y, posiblemente, un déficit importante en el afrontamiento de este tipo de situaciones, especialmente las de rechazo o disconformidad de los iguales. Todo ello podría haber condicionado el hecho de disponer de una escasa, en algunos periodos nula, red social de amigos y conocidos. Sus relaciones se limitan al núcleo familiar y el paciente no encontraba nada agradable en esas relaciones, generalmente frustrantes y críticas. De esta forma, los episodios de bajo estado de ánimo serían la consecuencia lógica del aislamiento y falta de recursos que ha sufrido el paciente durante una parte importante de su vida.

Episodios especiales en situaciones estresantes

Como se ha visto, en los análisis de secuencias, los episodios de desmayos, despersonalización y alucinación pueden interpretarse como los casos extremos de las secuencias de ansiedad y evitación social. Al ser muy contadas las ocasiones en que esos sucesos han tenido lugar, pudo hacerse un recorrido vital que incluyese todos ellos (al menos, los recordados). En el [cuadro 4.12](#) se resumen este tipo de episodios.

Cuadro 4.12. *Episodios de desmayos, despersonalización y alucinaciones sufridas por el paciente a lo largo de su vida*

Año	Tipo de episodio	Situación
22	Desmayo	Jardín de su casa después de discutir con amigo
23	Desmayo	En su habitación, un fin de semana que no tenía con quien salir y estaba pensando lo solo que estaba en la vida
24	Desmayo	En la cocina, acababa de llegar de la calle donde había discutido con un grupo de amigos
26	Pseudoalucinación (Diablo)	Comedor del trabajo, no puede mantener el nivel de la conversación de sus compañeros (sobre fútbol)
27	Despersonalización	Entrevista de trabajo <i>humillante</i>
28	Despersonalización	Al ir a preguntar para matricularse en un máster y ser informado de que, para ser admitido, tendría que pasar un proceso de selección
29	Alucinación (Diablo)	Paseando solo por un descampado
33	Pseudoalucinación + desmayo (Un viejo que parecía el diablo disfrazado)	En su habitación pensando en Padme (ruptura)
33	Pseudoalucinación (El mismo viejo)	Sala de espera de urgencias, donde acude por una picadura de avispa, al sentirse atendido en último lugar y con cierta desgana

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

Ansiedad en lugares que recuerdan la agresión

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

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

Para resumir y organizar la información, se empleó una línea de vida. Estrategia que se llevó a cabo con el paciente durante una de las entrevistas, y que, a la vez que organizaba el análisis del desarrollo, sirvió para comenzar la desdramatización de los problemas y la reorganización cognitiva del caso, aspectos básicos para poder acometer una intervención posterior. En la [figura 4.11](#) se incluye un esquema de la línea de vida obtenida.

Variables personales

Entre las variables de la persona que se consideraron en el caso, aparecen, en primer lugar, aquellas relacionadas con una cierta predisposición a la ansiedad. Parece que Anakin presentaba cierta predisposición biológica a la ansiedad, que, a lo largo de su infancia, debió conjugarse con un estilo educativo igualmente potenciador de la misma. Por otro lado, el paciente no tuvo oportunidad de aprender y desarrollar algunos de los repertorios sociales básicos debido a su educación, a su ansiedad y a sus cambios de residencia y frecuentes separaciones del medio social. De esta forma, no es difícil entender que el estilo de afrontamiento predominante sea evitador y que su respuesta favorita a las dificultades sociales sea la de concentrarse en sí mismo y pensar continuamente en sus dificultades (rumiaciones). Su estilo actual de vida, vivir con sus padres, sin trabajo, sin estudiar, sin amigos, aislado socialmente, no hace más que favorecer y fomentar sus variables personales más adversas. Su falta de relaciones sentimentales en la actualidad y la ruptura reciente, unidas a la ausencia de relaciones sexuales en su vida, colocan en un escenario complejo las posibles relaciones sociales futuras.

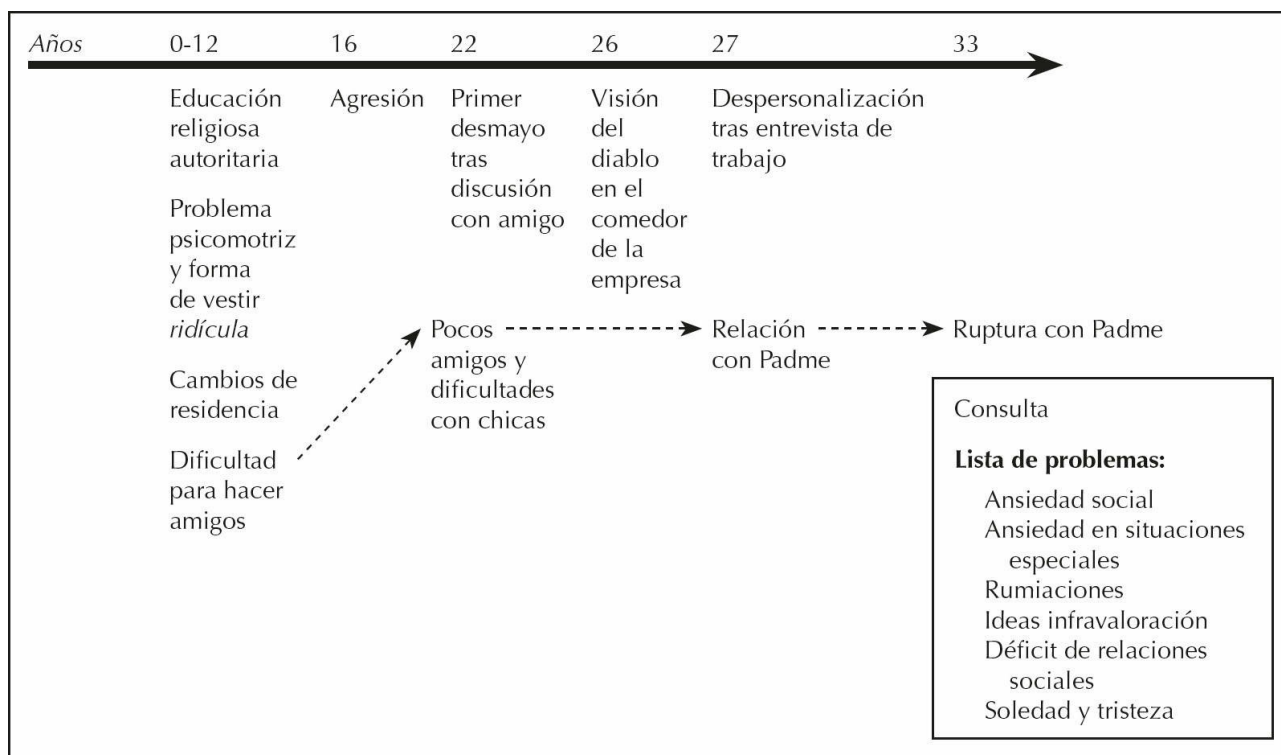


Figura 4.11. Línea de vida y lista de problemas de Anakin.

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

Variables ambientales

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

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

5

Evaluación para el tratamiento II: análisis funcional y formulación clínica

5.1. Análisis funcional y formulación clínica

A pesar de que durante toda la exposición del proceso de evaluación psicológica clínica (EPC) estamos hablando de tres ejes en continua interacción, también es cierto que el peso de las actividades ligadas a cada eje es distinto a lo largo de toda la EPC. En los primeros momentos, la atención se centra en las actividades descriptivas y de diagnóstico, y la interpretación (las hipótesis) juega un papel secundario a la búsqueda y contraste de información descriptiva. Según vamos acumulando información descriptiva, nacen las hipótesis diagnósticas. Llega un punto en el que los términos comienzan a converger y empiezan a tomar una mayor relevancia las actividades destinadas a interpretar y encontrar una explicación funcional a todo lo que vamos describiendo. Es el momento de abordar el análisis funcional (del funcionamiento) y la formulación del caso, de pasar progresivamente de la molecularidad de la descripción de las secuencias a la molaridad de la interpretación. La vía es de doble sentido, ya que la búsqueda de relaciones entre las variables nos puede llevar a la identificación de nuevas variables y procesos implicados que pudieran haber pasado desapercibidos, por diversas causas, hasta el momento. Solamente se separan ambos tipos de estrategias por motivos expositivos.

Hasta ahora, en el proceso de EPC seguido en el presente manual se ha conseguido recoger la principal información descriptiva necesaria (lista de problemas, secuencias, línea de vida, variables personales y sociales), a partir de esa información probablemente se ha podido avanzar un diagnóstico y se han utilizado hipótesis de trabajo que han permitido profundizar en ese proceso. Se puede tener la tentación de pensar que con una información descriptiva tan exhaustiva culminada por un diagnóstico ya se está en disposición de planificar el tratamiento. Sin embargo, resulta relativamente fácil advertir que el análisis descriptivo es una labor central y necesaria, pero no suficiente para el establecimiento de un tratamiento personalizado, objetivo principal de la EPC.

Como se ha avanzado en los capítulos anteriores, las clasificaciones actuales DSM-5

y CIE-11 presentan importantes limitaciones para su uso como única estrategia para el diseño de tratamientos en salud mental. Además, las alternativas del modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología y el enfoque transdiagnóstico, aunque incorporan modelos explicativos con cierta especificación de variables funcionales, tampoco acaban de demostrar su utilidad a la hora de diseñar tratamientos psicológicos individualizados. Sin querer profundizar en la razón de ser de estas clasificaciones y sus posibles alternativas y variaciones, centrándonos en la utilidad del diagnóstico en la práctica clínica y especialmente en el diseño de los tratamientos, pueden señalarse una serie de limitaciones de carácter empírico que parecen indicar la necesidad de ir más allá del diagnóstico en el proceso de EPC.

- *Las categorías diagnósticas actuales sufren limitaciones empíricas importantes.* La calidad de las etiquetas diagnósticas es baja, los criterios de sensibilidad y especificidad son muy bajos en muchos de los diagnósticos. Los distintos trastornos no reflejan realidades independientes; existen dificultades insalvables hasta el momento en el diagnóstico de algunas categorías. Además, los diagnósticos múltiples han sido poco estudiados en la investigación y aparecen problemas subclínicos que necesitan intervención. Por otra parte, el diagnóstico se centra en la patología y los síntomas de los trastornos, y deja de lado los aspectos positivos y fortalezas de las personas, absolutamente imprescindibles a la hora de diseñar una intervención. A pesar de los esfuerzos, los diagnósticos no han conseguido integrar factores tales como los derivados del desarrollo de la persona, los familiares, los sociales o los culturales. En definitiva, puede decirse que el camino de las clasificaciones diagnósticas no ha llegado a un punto de madurez que lo dote de utilidad para la planificación del tratamiento, más allá de la mera implementación de tratamientos de manual.
- *Las clasificaciones diagnósticas actuales son pretendidamente ateóricas y exentas de valor funcional.* Es cierto que ni el DSM-5 ni la CIE-11 avanzan explicaciones funcionales de los trastornos y, mucho menos, modelos psicológicos de su funcionamiento. Pero también es cierto que las clasificaciones deben mantener una relación con modelos etiológicos y psicopatológicos que, aunque no se hagan explícitos en las clasificaciones, siempre estarán presentes de forma implícita. Las fuertes críticas sufridas por las clasificaciones, por su posible dependencia de la investigación farmacológica, pone de manifiesto una fuerte relación con los modelos biologicistas. Igualmente, algunos de los trastornos (por ejemplo, los de ansiedad o de personalidad) definidos en el DSM-5 mantienen una relación clara con modelos psicológicos explicativos de dichos trastornos. Por otra parte, más allá del diagnóstico, parece lógico pensar que los tratamientos deben apoyarse sobre modelos psicopatológicos que expliquen el funcionamiento de la persona en su contexto social. Las alternativas propuestas por las clasificaciones jerárquicas y, especialmente, las transdiagnósticas han intentado solventar esta limitación al ofrecer modelos teóricos con mayor base empírica que puedan ayudar a avanzar

modelos funcionales de los problemas que afectan a la persona.

- *El diagnóstico de un trastorno no permite elegir un tratamiento psicológico.* Aparentemente, el diagnóstico de un trastorno se puede relacionar con la evidencia acumulada respecto a los tratamientos eficaces para ese trastorno. Pero la realidad es algo más compleja. Cuando se analiza el juicio clínico de los profesionales de la salud mental al elegir un tratamiento, se observa que, en la mayoría de los casos, pesa más la orientación teórica y la formación del clínico que los problemas del paciente. Por ejemplo, en el caso de la depresión, existen diversos tratamientos apoyados empíricamente idealmente intercambiables: farmacoterapia, psicoterapia cognitiva, psicoterapia conductual, psicoterapia interpersonal, intervenciones positivas y psicoterapia dinámica breve. Simplificando, podemos avanzar que el psiquiatra aplicará los fármacos; el psicólogo conductual aplicará los tratamientos más conductuales; el cognitivo, los cognitivos; el dinámico, los interpersonales; y el dinámico más tradicional, la psicoterapia breve. Resulta poco edificante para los profesionales de la salud mental el que la elección entre los tratamientos dependa de la orientación o formación recibidas, más que de los problemas de la persona que, por otra parte, aparecen claramente diferenciados en las distintas alternativas de intervención. Por otro lado, las alternativas transdiagnósticas han ofrecido programas de tratamiento manualizados que pretenden ser comunes a trastornos del mismo espectro (por ejemplo, los de ansiedad), con lo que se puede pensar que se avanza en contra de la individualización de los tratamientos al disponer de tratamientos comunes incluso para distintos trastornos. Nada más alejado de la realidad, ya que las alternativas transdiagnósticas siempre han puesto el énfasis en la necesaria individualización de la intervención, incluso empleando las guías o programas transdiagnósticos (Barlow, 2011).

Es conveniente señalar que, en toda recomendación de un tratamiento para un trastorno determinado, existe un modelo causal implícito, el del autor que diseñó la intervención, y que su desconocimiento solamente redundará en la mala práctica profesional al obviar los mecanismos implicados en los tratamientos aplicados. Parece lógico pensar que se necesita más información para diseñar una intervención que la incluida en una categoría diagnóstica, al menos, de las actualmente al uso. Cuanta más información se maneje en un caso determinado y más explícito sea el modelo de funcionamiento, más cerca estaremos de garantizar que el tratamiento elegido lo ha sido en función de las necesidades del paciente y no de nuestra adscripción a un enfoque u otro o nuestra preferencia personal.

- *Las terapias de manual necesitan una adaptación al caso.* Incluso en aquellos trastornos en los que se dispone de terapias de manual efectivas, se necesitará de un trabajo de adaptación a las circunstancias personales del cliente y su entorno. Las posibles barreras, apoyos o falta de ellos, las particularidades, los gradientes, los tiempos, la disposición al cambio, las variables de personalidad, las jerarquías de estímulos, etc., son distintos en cada caso y deben considerarse al diseñar la

intervención.

- *El diagnóstico no ha conseguido ser la herramienta de comunicación entre profesionales que se pretendía.* Una de las razones esgrimidas en defensa del uso de clasificaciones diagnósticas siempre ha sido el que pueden servir como herramienta de comunicación entre profesionales. Sin embargo, cada vez más se observa que la comunicación entre los distintos profesionales (psicólogos, médicos, psiquiatras, educadores, etc.) precisa de herramientas más flexibles y explicativas que ayuden a integrar las distintas informaciones y modelos de cada disciplina. En ese sentido, la formulación clínica se está mostrando mucho más eficaz en su uso en equipos participativos. Un muy buen ejemplo es el uso de esquemas de formulación en los equipos profesionales de salud mental en el Reino Unido (Johnstone, 2017).
- *Las etiquetas diagnósticas,* a pesar de todos los esfuerzos y cambios de nombre que puedan haber sufrido a lo largo de su historia, no dejan de ser elementos con una fuerte carga estigmatizadora. Si bien es cierto que el estigma social de la enfermedad mental requiere de un acercamiento social y estructural global, también es cierto que un uso limitado de las etiquetas diagnósticas puede colaborar a reducir el estigma asociado a la enfermedad mental y, por tanto, el estigma internalizado de las personas a las que se les asigna un diagnóstico de enfermedad mental (Corrigan, 2011).

De esta forma, es necesario traspasar el límite impuesto por la descripción y el diagnóstico y llegar a la interpretación de la información que permita al clínico avanzar hacia el diseño de tratamientos individualizados eficaces. Cuando nos enfrentamos a la tarea de interpretar la información, enseguida nos damos cuenta de que no se trata de una tarea fácil y de que los algoritmos y fórmulas de corrección de las pruebas o el propio diagnóstico no nos ayudan siempre tanto como necesitamos. Es decir, la interpretación de la información de un caso clínico no es tarea sencilla. La interpretación es necesaria para la planificación del caso, pero, además, tiene utilidad en sí misma. La interpretación de la información:

- Ayuda a enmarcar e iniciar el tratamiento al devolvérsela al cliente.
- Favorece la empatía (entendemos mejor a la persona y ella se siente más comprendida) y potencia la alianza terapéutica.
- Ayuda a avanzar en el proceso (estadios) de cambio clínico.
- Es útil también para entenderse con otros miembros de nuestro equipo y para coordinar el trabajo conjunto.

No es fácil explicar (y enseñar) cómo se hace una formulación clínica. No disponemos de fórmulas o protocolos que nos guíen de forma inequívoca en el proceso de formulación. Para ayudar a avanzar en ese sentido, en los últimos años diversos autores han ido haciendo propuestas que tratan de facilitar dicho proceso.

Antes de pasar a revisar algunas de las que nos resultan de mayor interés, nos vemos obligados a hacer un comentario terminológico. Existe una cierta confusión en la utilización de los términos que hacen referencia a este proceso de interpretación de los datos del caso clínico. Diversos acercamientos teóricos han utilizado distintos nombres para denominar a ese tipo de teorías: análisis funcional, evaluación psicológica, análisis conductual, evaluación funcional, conceptualización del caso, formulación clínica, etc. A estas alturas, el lector comprenderá perfectamente que todos aquellos términos que incluyen *evaluación* es mejor reservarlos para procesos generales más amplios y globales, mientras que aquellos otros que utilizan *análisis* probablemente sean más correctos para describir operaciones concretas dentro del proceso general de evaluación. En los últimos años, parece haberse obtenido un cierto consenso respecto a la utilidad del término *formulación clínica del caso* para integrar el conjunto de hipótesis que sustentan la interpretación teórica de la información clínica (Eells, 2015).

El término *análisis funcional* se emplea en distintas disciplinas; por ejemplo, en medicina y rehabilitación física hace referencia al funcionamiento de los sistemas biológicos o neuromusculares. En psicología, análisis funcional proviene de la tradición conductista, que lo utilizaba para designar con él el proceso de identificación de relaciones funcionales entre estímulos y respuestas, aunque ha tenido más aplicaciones a lo largo de la historia de la psicología. Por ejemplo, Haynes y O'Brien (1990) recogen diez aplicaciones diferentes del término en la literatura conductual. Entre esos significados, puede destacarse el que, durante algún tiempo (años setenta y ochenta), se haya empleado como sinónimo de evaluación conductual por algunos autores. Desde nuestro punto de vista, parece más adecuado aplicarlo a aquella fase de la evaluación psicológica que identifica las relaciones funcionales presentes en cada uno de los problemas que pueda presentar la persona, pero que no abarca todo el proceso de evaluación. En palabras de Haynes y O'Brien (1990; 2000), el análisis funcional se define como "la identificación de relaciones funcionales causales, importantes y controlables, aplicables a un conjunto específico de conductas meta para un cliente individual". En este sentido, Haynes admite que "el análisis funcional es un tipo de formulación clínica del caso enmarcada en el enfoque conductual" (Haynes, 1998: 9), acercándose a la propuesta del grupo del UCL sobre la formulación clínica conductual (Wolpe y Turkat, 1985).

La *formulación clínica* es, esencialmente, una hipótesis acerca de las causas, precipitantes e influencias que mantienen los problemas psicológicos y conductuales y las interpretaciones de cada persona (Eells, 2015). Se asume que la utilidad de la formulación clínica va más allá de la explicación global del caso y se extiende a la organización de información compleja y, a veces, contradictoria; a la guía para la planificación y dirección del tratamiento; a la coordinación del equipo de intervención; a la comunicación terapeuta-cliente y entre profesionales; a la utilización como base para la evaluación del cambio; como un apoyo para la comprensión del paciente por parte del terapeuta y, finalmente, como un elemento reorganizador de la experiencia, narraciones e identidad del paciente.

De esta forma, incluso limitándonos a los aspectos estrictamente explicativos de la formulación clínica, la identidad del análisis funcional con la formulación clínica solamente es cierta cuando se dan dos supuestos:

1. El enfoque empleado es exclusivamente conductual.
2. La persona sufre un solo problema, de forma que análisis funcional y formulación se identifican.

Revisemos más detenidamente ambos supuestos. En primer lugar, cuando el enfoque del caso, manteniendo la orientación empírica y científica, está abierto a incluir en los análisis funcionales más variables, información y tipo de relaciones que las tradicionalmente incluidas en el acercamiento conductual, encontramos que la identificación de análisis funcional y formulación no resulta correcta. La mayoría de los enfoques cognitivos, humanistas, dinámicos, narrativos, etc., no aceptarían fácilmente la denominación del modelo explicativo del caso como análisis funcional, mientras que podrían asumir la utilización de ese término para el ámbito más reducido del estudio de las relaciones funcionales que se mantienen en cada problema. Además, el término *formulación* procede terminológicamente de la química y fue empleado en psicología clínica primeramente por los enfoques dinámicos. Este hecho dota al término de un contenido semántico globalizador, molar, unido al desarrollo personal y fuertemente idiográfico, que lo diferencia del más reduccionista de *análisis funcional*. En segundo lugar, cuando la persona presenta más de un problema de relevancia clínica (prácticamente siempre), es necesario ampliar el análisis funcional del problema a las relaciones entre los distintos problemas. Es decir, es necesario ampliar las hipótesis funcionales y causales a esquemas más amplios que incluyan el desarrollo y las relaciones entre los distintos problemas de la persona y ofrezcan una visión panorámica del caso.

Considerando ambas circunstancias, parece que una solución adecuada puede ser la de reservar el término *evaluación psicológica clínica* para el proceso global. El término *análisis funcional*, para el estudio de las relaciones entre los sucesos implicados en cada problema, y *análisis funcional de los problemas*, para señalar su especificidad. Finalmente, utilizar *formulación clínica* para referirse al estudio de las relaciones globales de todos los problemas de la persona. De forma complementaria al anterior, sería mejor utilizar *formulación clínica del caso* para diferenciarlo del análisis de cada problema por separado. En la [figura 5.1](#) se ofrece un esquema explicativo de la propuesta.

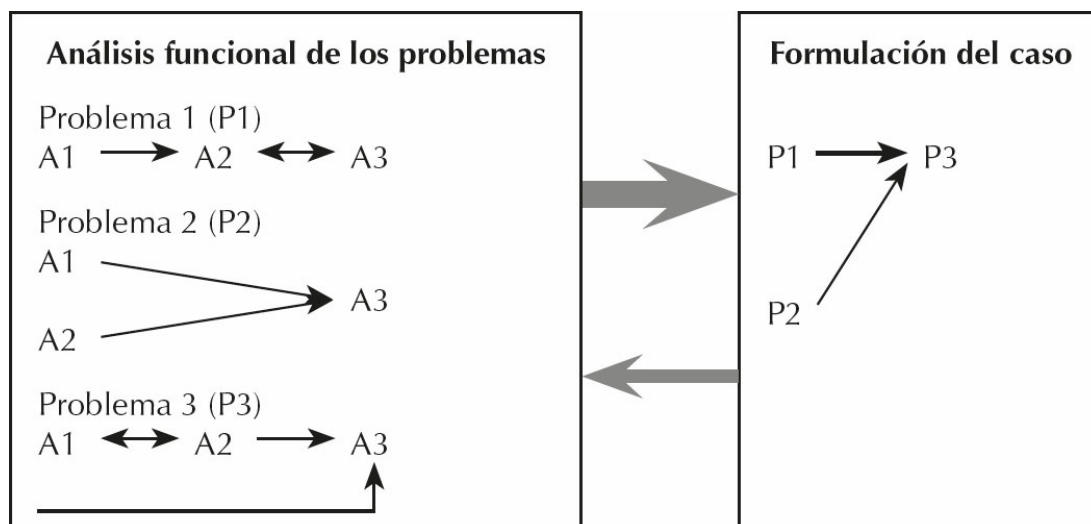


Figura 5.1. Esquema explicativo de las relaciones entre análisis funcional de los problemas y la formulación del caso clínico dentro del proceso global de EPC.

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

Hasta ahora, ha quedado claro que, en el proceso de EPC propuesto, los puntos claves consisten en: identificar y describir variables, buscar relaciones funcionales entre las mismas y acumular evidencias que apoyen todo lo anterior. Ya hemos detallado cómo buscar las variables y cómo describir las mismas. Es el momento de proceder a tratar de detallar qué tipo de relaciones estamos buscando entre las variables identificadas.

5.2. Relaciones funcionales y causales

Hasta el momento, se ha establecido el tipo de variables que deben estar incluidas en una formulación, sin embargo, se ha dicho poco del tipo de relaciones que buscamos. Es conveniente incluir una explicación sobre el tipo de relaciones entre variables que se buscan en un análisis funcional y en una formulación. Siguiendo los esquemas de funcionamiento científico, existen dos tipos de relaciones que tienen interés a la hora de crear modelos científicos: las relaciones funcionales y las relaciones de causalidad o causales. Las relaciones funcionales implican una covarianza entre variables y pueden ser causales o correlacionales. Las relaciones funcionales son siempre probabilísticas,

debido a los diversos errores de medida, y susceptibles de descripción matemática. Para muchos autores, la mejor forma de escaparse del debate histórico acerca de la causalidad en la ciencia y en la conducta humana en particular es asumir que el único conocimiento posible es funcional y que la causalidad queda fuera del ámbito científico. Sin querer entrar en polémicas, desde nuestro punto de vista, el concepto de causalidad resulta de utilidad y puede dirigir la investigación clínica y el proceso de EPC.

Siguiendo las propuestas de Haynes (Haynes y O'Brien, 2000; Haynes, Godoy y Gavino, 2011), los modelos de causalidad para los problemas psicológicos pueden ayudar al evaluador a: identificar las variables determinantes más importantes para los problemas de los clientes, seleccionar las mejores estrategias de evaluación para medir y entender las complejas relaciones existentes entre las variables implicadas en la evaluación clínica, predecir mejor el comportamiento y estimar qué intervenciones pueden ser más efectivas. Si se acepta la importancia de centrarse en la búsqueda de relaciones causales entre las variables implicadas, el siguiente paso tiene que ser el de acotar los tipos de relaciones de causalidad relevantes en el proceso de EPC, ya que existen distintos tipos de causalidad que pueden funcionar en los modelos psicológicos. Por ejemplo, pueden existir relaciones causales entre sucesos que ocurren inmediatamente en el tiempo (una mujer se siente agredida por el inicio de la conversación de un varón en un bar), sucesos que tienen una diferencia temporal importante (la misma mujer se siente agredida por el varón debido a que fue víctima de abusos sexuales en la infancia) pueden implicar configuraciones extensas de estímulos (esa mujer ha recibido una educación musulmana y no entiende que un varón pueda dirigirse a ella de esa forma) y, además, pueden actuar conjuntamente (las tres causas pueden ser ciertas en este caso). En la [figura 5.2](#) se incluye un resumen de las relaciones de causalidad más importantes en la EPC.

Suficientes	Y ocurre cuando X ocurre; X es suficiente para causar Y.
Insuficientes	Una causa que es insuficiente por sí misma para provocar el efecto, pero lo puede conseguir con ayuda de otras variables.
Necesarias	Y no ocurre nunca sin X.
Necesaria y suficiente	Y ocurre cuando ocurre X, e Y nunca ocurre sin X.
Causa inicial	La causa de la que dependen todas las demás, la primera en la cadena causal.
Causa principal	La causa de la que depende de forma primaria la aparición del efecto.
Causa inmediata	Una causa que produce el efecto sin mediadores.
Causa mediata	Una causa que produce el efecto solo con la acción de ciertos mediadores.

Figura 5.2. Tipos de causas en EPC.

Fuente: A partir de Haynes y O'Brien, 2000.

5.2.1. Condiciones y tipos de las relaciones causales

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

1. *Las dos variables deben covariar:* debe existir una relación funcional entre ambas variables, entre personas o en la misma persona a lo largo del tiempo. Dos variables mantienen una relación funcional cuando tienen una varianza compartida o covarían.
2. *La variable hipotéticamente causal debe ocurrir antes en el tiempo que su efecto:* este tipo de relación temporal puede llegar a ser relativamente difícil de identificar cuando lo que funciona es una relación de contingencia a lo largo del tiempo, en la que la causa no antecede al efecto en todas las secuencias. En estos casos, debe recordarse que la causa del efecto no es el suceso anterior, sino la propia relación de contingencia en sí misma. De forma similar, en las relaciones

recíprocas, la inmediatez de las causas y efectos y su juego particular pueden llegar a dificultar enormemente la identificación de la causa y el efecto.

3. *Debe existir un mecanismo explicativo para la relación causal hipotética que goce de cierta lógica:* este tipo de mecanismos suelen venir especificados por los principios de funcionamiento o los modelos psicológicos. En algunas ocasiones, estos argumentos lógicos quedan implícitos, pero difícilmente pueden expresarse. Por ejemplo, las razones de la eficacia de algunas nuevas técnicas de intervención con solvencia empírica pero escaso apoyo teórico.
4. *Deben excluirse de forma razonable las posibles opciones alternativas:* quizá esta sea la condición más difícil de cumplir. En muchas ocasiones, la relación entre dos variables se debe al efecto común de una tercera que, generalmente, desconocemos, o a algún juego de variables moderadoras que no podemos controlar. En cualquier caso, conviene hacer un esfuerzo razonable de búsqueda de hipótesis alternativas antes de consolidar una relación causal en nuestro modelo.

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

En la [figura 5.3](#) se presentan los tipos de relaciones causales más comunes en la EPC para facilitar su identificación.

Aunque los posibles esquemas de relaciones funcionales pueden ser, literalmente, infinitos, los ejemplos incluidos en la [figura 5.3](#) pueden ayudar a comprender mejor los principales tipos de relaciones que conforman los modelos funcionales y de formulación clínica. Evidentemente, existen muchas posibles relaciones causales en cada caso clínico, sin embargo, la EPC debe interesarse, como es lógico, en aquellas que implican variables importantes y controlables en cada caso en particular, cuya manipulación pudiera provocar un cambio clínicamente significativo para el paciente.

5.2.2. Límites de las relaciones causales

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

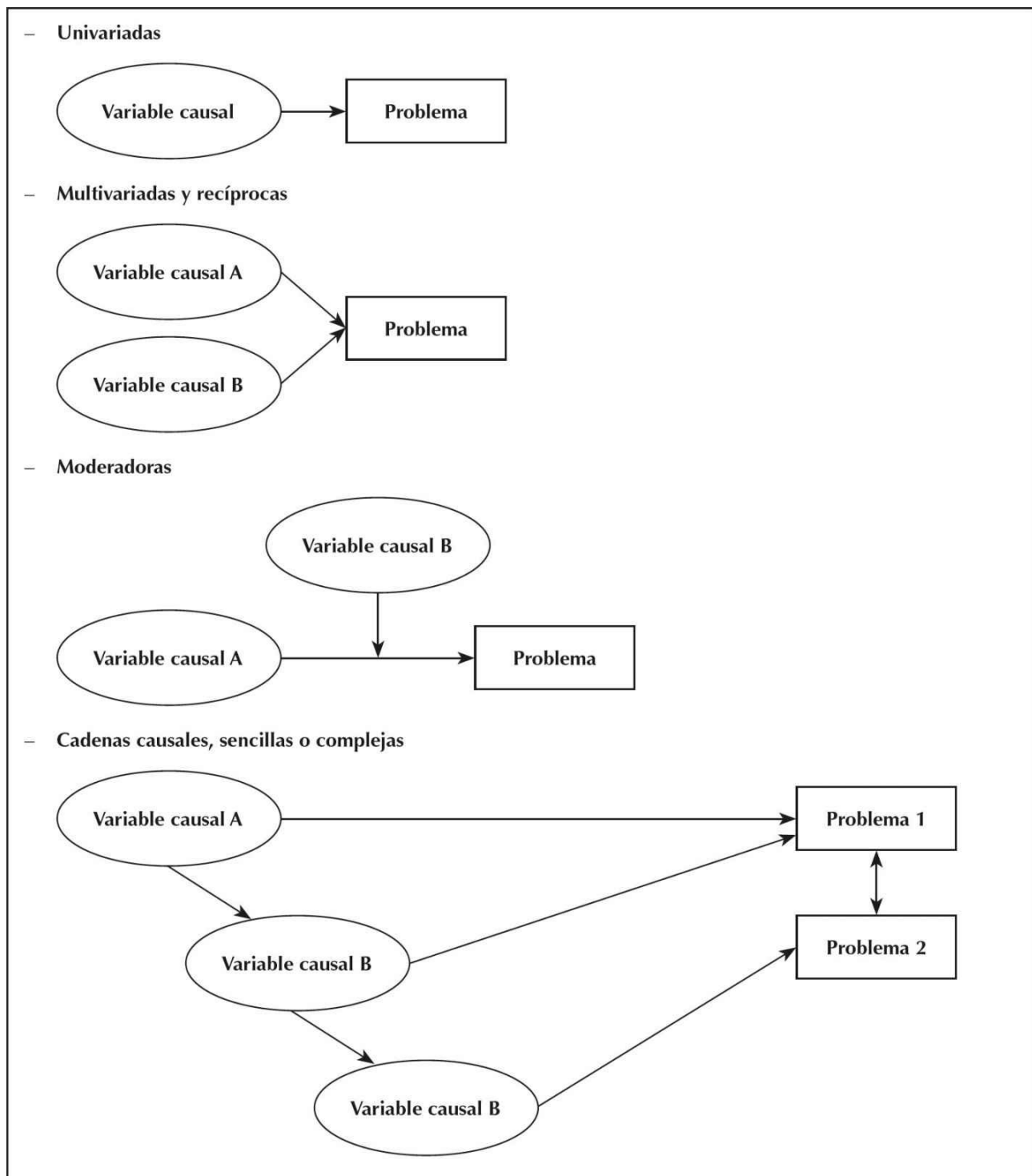


Figura 5.3. Tipos de relaciones causales en la EPC.

Fuente: A partir de Haynes y O'Brien, 2000.

- *Las inferencias sobre las relaciones causales son subjetivas e hipotéticas:* las relaciones causales incluidas en los modelos de formulación clínica nacen del correcto desarrollo del proceso de EPC, del conocimiento psicológico acumulado y

están sometidas a contraste. Sin embargo, también debe admitirse un peso de los errores de medida, la subjetividad del evaluador y del paciente y los errores de juicio clínico que se pudieran haber cometido. El contraste de hipótesis ayuda a corregir y controlar muchos de estos posibles errores, pero nunca podremos asegurar que hemos controlado todas las fuentes de sesgos y errores implícitas en el proceso de EPC. La formulación podrá tener cada vez más grados de libertad en su contraste, pero, de acuerdo a la doctrina científica, nunca será verdadera, siempre será posible reformular el caso de acuerdo a otro punto de vista o a nueva información.

- *Las relaciones causales tienen un dominio limitado:* las relaciones causales tienen un dominio o ámbito de actuación limitado. Las relaciones causales que funcionan en un contexto social o biológico pudieran no funcionar en otro. Igualmente, las relaciones causales para una persona o grupo de personas no tienen por qué funcionar en otra persona o en otro grupo. Esta aparente limitación, lejos de suponer un inconveniente en la mayoría de los casos, añade una ventaja explicativa importante a los modelos, al permitir explicar, por ejemplo, por qué cada persona reacciona de forma diferente en situaciones parecidas o por qué una persona actúa de forma tan distinta cuando se encuentra bajo los efectos de una droga o de un estado biológico determinado.
- *Las relaciones causales pueden expresarse en distintos niveles de especificidad:* ya se ha visto anteriormente que las relaciones entre las variables funcionan a distintos niveles, desde los macrosociales hasta las secuencias. La relación entre dos variables puede expresarse en cada uno de esos distintos niveles, como fractales de la misma realidad. Una observación sociológica puede decirnos que una proporción muy alta de mujeres ha sufrido violencia sexual durante su infancia y, por tanto, una persona determinada puede tener una cierta probabilidad de sufrir los efectos de ese tipo de sucesos. Un estudio de caso puede indicarnos que una paciente determinada sufrió una agresión sexual que le causa un malestar importante y problemas de funcionamiento psicológico en la actualidad. Un acercamiento mayor puede ayudarnos a identificar cómo el hecho de ver una película sobre violaciones puede hacer aparecer un episodio de ansiedad en esa misma mujer. Un análisis de secuencias, más molecular, puede identificar los pensamientos y las imágenes de agresiones que disparan las respuestas fisiológicas que se interpretan como malestar. En todos los casos, la relación causal es la misma, solamente hemos cambiado el punto de enfoque de un nivel a otro.
- *Las relaciones causales son dinámicas:* las relaciones causales que se establecen para un momento determinado de la vida de una persona pueden, y de hecho lo hacen, cambiar con el tiempo. De esta forma, las formulaciones de caso siempre son dinámicas. Entre los factores que afectan a ese tipo de cambio pueden destacarse los siguientes:

– Los efectos de la repetición de la exposición a la variable causal como la

habituaación, la extinción o la sensibilización.

- Los efectos de una variable causal pueden estar limitados en el tiempo, por ejemplo, el efecto de la drogas se mantiene durante un tiempo determinado en función de la dosis y de otros aspectos, mientras que los efectos de una ruptura sentimental se mantendrán en el tiempo de forma prolongada durante periodos diferentes en cada ocasión (como en la canción de Joaquín Sabina “Diecinueve días y quinientas noches”).
 - Los cambios que procedan de otros cambios anteriores ocurridos en las variables moderadoras, no propiamente en las causales. Un paciente puede superar una depresión derivada de una crisis económica gracias a la aparición de una nueva persona en su vida, situación que modifica todas las redes de apoyo, las actividades cotidianas y dota de un nuevo significado a todos los problemas, incluyendo los económicos.
 - Los cambios unidos a la maduración y envejecimiento de la persona. Por ejemplo, muchos de los trastornos de personalidad parecen mejorar con la edad, sobre todo a partir de los treinta y cinco o cuarenta años. Las razones, aunque desconocidas, sugieren un efecto de la edad y la maduración en la superación de los distintos problemas asociados a los trastornos.
 - Los cambios impredecibles en factores personales o contextuales. La aparición de una enfermedad física grave, por ejemplo, puede cambiar todo un mapa de relaciones causales al modificar los significados de la mayoría de los sucesos personales. La emigración es un perfecto ejemplo de una ruptura muy importante en todas las relaciones de contingencia y de significado de la persona.
 - Los cambios en los procesos implicados. Alguien puede comenzar a beber alcohol para superar su timidez, posteriormente el alcohol comienza a crear dependencia y a modificar la causalidad del comportamiento de beber.
 - Los propios tratamientos psicológicos o farmacológicos que persiguen precisamente modificar esas relaciones causales o, al menos, influir en su funcionamiento.
- *Las relaciones causales no son exclusivas*: el nivel de complejidad necesario para aproximarse a la explicación del comportamiento humano es muy elevado, como resultará obvio a cualquiera que alguna vez se haya enfrentado a dicha tarea. Las posibles causas de un comportamiento aparentemente sencillo implican modelos multivariados, multidimensionales, condicionales y dinámicos, además de poder expresarse en distintos niveles de especificidad de sus variables. Con esas condiciones se hace muy difícil pensar que los modelos causales de un caso puedan ser únicos y definitivos. Ciertamente, debemos admitir que pueden construirse distintos modelos igualmente útiles y explicativos para el mismo comportamiento o para el mismo caso clínico. Sin embargo, es igualmente cierto que no todos los posibles modelos formulables en un caso determinado son igualmente válidos y útiles. Parte de la labor del evaluador será la de ajustar el nivel de especificidad del

modelo y las variables implicadas al tipo de intervención prevista o posible en función de las distintas circunstancias que rodean cada intervención (por ejemplo, será mejor buscar modelos psicosociales para las intervenciones comunitarias y modelos personales para los casos clínicos individuales).

- *Las relaciones causales pueden no ser lineales*: los psicólogos tendemos a pensar que las relaciones entre variables siempre son lineales y sencillas. Sin embargo, desde muy temprano, en la investigación psicológica se puso de manifiesto que la mayoría de las relaciones eran curvilíneas o de difícil definición (por ejemplo, las leyes de Yerkes-Dodson sobre la relación entre activación y rendimiento, los efectos de primacía y recencia de Ebbinghaus, la ley de los valores iniciales en la psicofisiología, etc.).

Algunos ejemplos de los tipos de relaciones no lineales entre variables en un modelo causal fueron señaladas por Haynes (1992) y se recogen a continuación:

- *El estado-fase de cada variable en las relaciones causales*. Todas las variables tienen un estado (valor de la variable en el momento en que se evalúa) generalmente conocido y una fase (los valores de la variable se encuentran ascendiendo o descendiendo en el momento de la evaluación, la tendencia) con gran frecuencia descuidada en la evaluación. Un valor medio en una variable de ansiedad no dispondrá de una interpretación completa si no conocemos si la tendencia de la ansiedad en los últimos días es a disminuir (la persona cada día se encuentra mejor) o a aumentar (la persona cada día se encuentra peor).
- *Sensibilidad a los valores de cada variable en el momento inicial de su relación*. El nivel de una variable al entrar en relación con otra puede afectar de forma definitiva su relación. Por ejemplo, un suceso vital estresante, como la muerte de un familiar, no tendrá el mismo efecto si ocurre cuando la persona se encuentra psicológicamente bien y dispone de apoyo social, que si ocurre cuando la persona está atravesando un episodio depresivo y su apoyo social ha desaparecido. En este sentido, hay que remarcar que niveles iniciales con pequeñas diferencias pueden provocar grandes distancias entre los efectos pasado algún tiempo.
- *Distinta sensibilidad en distintos periodos*. Las variables no actúan igual en los distintos momentos del desarrollo de la persona. La investigación en la psicología del desarrollo ha puesto de manifiesto la existencia de ventanas en el desarrollo durante las cuales algunas variables tienen unos efectos especiales, el caso del aprendizaje del lenguaje es uno de los mejores ejemplos al respecto.
- *Discontinuidad causal*. Las relaciones entre variables no tienen por qué ser continuas en el tiempo. En muchos casos, las relaciones ocurren solamente bajo ciertas circunstancias y no en otras. Una persona que haya sufrido un abandono en su infancia, y haya logrado superarlo gracias a su integración en una familia de adopción, puede disfrutar de muchos años sin dificultades psicológicas, hasta ver aparecer de nuevo todos sus problemas al percibir que puede sufrir un nuevo abandono (por ejemplo, una ruptura sentimental o una enfermedad de su madre

adoptiva).

- *Mesetas funcionales*. Algunas relaciones causales se mantienen estabilizadas o sin efecto mientras los valores de una variable se mantienen entre unos márgenes, pero actúan de forma evidente si aparecen cambios. Por ejemplo, una persona puede funcionar adecuadamente con un cierto nivel de recompensas sociales, pero se puede alterar mucho si este nivel baja o sube de los límites habituales.
- *Valores críticos o umbrales*. En las relaciones funcionales pueden existir valores críticos que determinan que, por debajo de un cierto nivel, los cambios en una variable no tenga efectos en la otra, pero a partir de un umbral esos mismos cambios produzcan efectos claros. Un ejemplo sencillo tiene que ver con el uso de drogas, por debajo del umbral de intoxicación las sustancias no suelen alterar el comportamiento, por encima de ese umbral los efectos se potencian.
- *Efectos parabólicos*. Este tipo de relación indica cómo pequeños cambios en la variable causal provocan efectos de un cierto tipo, mientras que valores mayores de la variable causal provocan efectos diferentes o contrarios. Las relaciones entre el consumo de alcohol y el funcionamiento sexual o entre la ansiedad y el rendimiento pueden ser perfectos ejemplos.
- *Relaciones log-lineales*. Se trata de relaciones que se ajustan a la representación de una relación logarítmica. Los vómitos de la bulimia o el uso de alcohol se han ajustado a este tipo de funciones en diversos trabajos de investigación.
- *Relaciones caóticas*. Las relaciones caóticas indican relaciones causales entre variables de difícil ajuste a los modelos regulares. Un cambio en una variable causal puede provocar cambios irregulares pero predecibles (caóticos) en la variables dependientes. Por ejemplo, al definir los trastornos adaptativos, sabemos que algunas situaciones estresantes provocan alteraciones importantes en las personas, pero no se han identificado patrones en esas reacciones. Respuestas que pueden ser de ansiedad, depresivas, maníacas, desorganizadas, problemas de salud, etc. Este tipo de relaciones pueden denominarse caóticas (sabemos que la relación existe pero la forma de la misma es impredecible con los modelos habituales).

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

5.3. Modelos de formulación clínica del caso

Una vez que se dispone de la información descriptiva completa, se está en disposición de acometer el objetivo central de todo el proceso de EPC: la formulación clínica del caso. De hecho, todo lo que hemos venido haciendo hasta el momento lo hemos llevado a cabo precisamente para poder llegar a este punto. La importancia de la formulación clínica como núcleo del proceso de evaluación ha sido puesta de manifiesto por las organizaciones profesionales más relevantes como son: la APA (2001; 2006), que señala la formulación clínica como una habilidad nuclear y un elemento clave de la práctica basada en la evidencia o la British Psychological Society (2010), que incluye la formulación clínica entre los elementos nucleares de la profesión de psicólogo. Igualmente, la formulación del caso se incluye en las Directrices para el Proceso de Evaluación (GAP) (Fernández Ballesteros *et al.*, 2001) como un elemento clave de integración e interpretación de la información. El mismo punto de vista es defendido por los distintos manuales de EPC, que incluyen la formulación como un punto clave del proceso de evaluación psicológica (Eells, 2007a; Goldfried, 1995; Horowitz, 2005; Ingram, 2012; Kuyken, Padesky y Dudley, 2009; Persons, 2008; Sperry y Sperry, 2012; Sturmey, 2008; Haynes y Heiby, 2004; Grahman y Naglieri, 2003). Desgraciadamente, no ocurre lo mismo en nuestro país, en el que ni el Colegio Oficial de Psicólogos en su definición de la psicología clínica (COP, 1996) ni las leyes que definen las profesiones de psicólogo general sanitario (Orden ECD/1070/2013) y psicólogo clínico especialista (Real Decreto 2490/1998) incluyen la formulación clínica de forma explícita en sus definiciones o programas de formación para psicólogos clínicos o sanitarios.

Sin ninguna duda, crear un modelo de formulación clínica del caso es uno de los momentos más complejos del proceso de EPC ya que no existen algoritmos para su creación. El psicólogo deberá poner en marcha todos sus conocimientos teóricos y del caso, relacionarlos y ser capaz de cristalizar una teoría explicativa que cumpla con todos los requisitos explicativos, de evidencia, de participación y comunicación. Para conseguir llevar a cabo este tipo de formulaciones clínicas, se han propuesto distintos tipos de estrategias, que van desde las más estandarizadas o nomotéticas hasta las más individualizadas o ideográficas. Como el lector puede anticipar, una vez más, el punto de vista que se mantiene en este volumen es el más integrador posible, en el sentido, de utilizar todas aquellas estrategias que puedan ser útiles al clínico en cada momento y aplicación determinada. En los siguientes puntos, se abordan algunas de las propuestas más interesantes. Dado que no existe evidencia acerca de la mayor o menor utilidad de los distintos acercamientos a la hora de producir formulaciones de calidad, es responsabilidad del evaluador integrar aquellas estrategias que le resulten más cómodas, útiles o conocidas en su labor cotidiana. La calidad final del proceso, como se ha repetido hasta la saciedad en este texto, vendrá determinada por las evidencias que seamos capaces de acumular para apoyar las hipótesis de formulación o conceptualización del caso, más que por las técnicas de evaluación o las estrategias de formulación elegidas.

Una referencia clave a la hora de revisar y sistematizar las diferentes propuestas

para llevar a cabo la formulación de los casos clínicos la constituye el manual de formulación de casos clínicos publicado por Tracy D. Eells (1997; 2010). En este excelente trabajo, Eells compila los acercamientos a la formulación más importantes de los últimos años. Desde su primera edición, el manual se ha convertido en una obra de referencia en este ámbito y ha servido para acercar posiciones y pareceres entre los distintos autores.

Dado el elevado número de propuestas y las diferencias existentes entre ellas, hemos seleccionado las que nos resultan de mayor interés y las hemos clasificado en tres categorías básicas: modelos específicos (modelos propuestos para trabajar en un solo trastorno o con un solo esquema explicativo), modelos generales (modelos que pretenden ser útiles para distintos trastornos y esquemas explicativos) y modelos instrumentales (modelos generales que incluyen estrategias operativas explícitas para crear la formulación clínica). Resulta evidente que algunas de las propuestas comparten estrategias específicas, generales e instrumentales que dificultan su clasificación, sin embargo, hemos optado por dar relevancia a aquellos aspectos más definitorios de cada modelo para su inclusión en las tipologías propuestas. A continuación, se comentan algunos de los principales modelos propuestos de cada tipo.

5.3.1. Modelos específicos

El primer acercamiento a la formulación clínica que debe considerarse es el relacionado con la aplicación, más o menos directa, de los modelos psicopatológicos de cada trastorno a los casos clínicos. Este tipo de estrategia puede ir desde las más rígidas en el sentido estructural hasta las posiciones más flexibles, pasando por diversos grados intermedios. Es evidente que, para poner en marcha cualquiera de ellas, el evaluador debe mantener al día un amplio conocimiento de los modelos explicativos de los trastornos psicológicos y de salud mental que hayan podido reunir una evidencia empírica suficiente.

En el polo más rígido se sitúan las alternativas que emplean modelos psicopatológicos implícitos. Generalmente, hablamos de modelos de intervención más coincidentes con los enfoques psiquiátricos biologicistas y los enfoques psicológicos de intervención basada en la evidencia más radicales. En ambos casos, se establece un sistema diagnóstico supuestamente empírico y completo, DSM-5 o CIE-11, se realiza un modelo teórico que explique la psicopatología de la persona (biologicista o cognitivo conductual habitualmente), se lleva a cabo un estudio clínico de la eficacia (en contadas ocasiones, de la efectividad) de distintos tratamientos y se deciden los tratamientos más eficaces en el laboratorio. El trabajo clínico se reduce a asignar un diagnóstico a la persona mediante herramientas sistematizadas al uso (entrevistas diagnósticas, etc.) y aplicar el tratamiento de elección para ese trastorno siguiendo un manual. La formulación no llega a hacerse explícita en cada caso, sino que queda implícita y es la utilizada en los trabajos de modelización psicopatológica que guiaron la investigación. Este enfoque, aparentemente de aplicación sencilla, ha dado sus mejores frutos en el

trabajo psiquiátrico con farmacología ajustada a los diagnósticos (o a la inversa: trastorno de pánico y algunos fármacos antipánico, por ejemplo), pero también comienza a darlos en los tratamientos psicológicos basados en la evidencia, que siguen una mecánica similar. Como ya se ha avanzado en el capítulo primero, existe una cierta polémica respecto a la utilidad de este tipo de estrategias de funcionamiento clínico y una evidencia hasta cierto punto contradictoria o engañosa (Eells, 2015; Jonhstone *et al.*, 2017; Tarrier *et al.*, 2006). Más adelante, al detallar la planificación del tratamiento, volveremos sobre este punto.

Aunque, como hemos visto, el término formulación clínica nace en las tendencias dinámicas, son muchos los acercamientos psicológicos que han llegado a proponer modelos específicos para la formulación de casos; en el [cuadro 5.1](#) se recogen algunos de los más interesantes propuestos hasta el momento.

Cuadro 5.1. *Ejemplos de propuestas específicas para la organización de la formulación clínica*

<i>Modelos específicos</i>		
<i>Modelos</i>	<i>Marco teórico</i>	<i>Aplicaciones</i>
Modelos explicativos de trastornos o problemas psicológicos (con o sin diagnóstico)	Distinto en cada caso, aunque deben considerarse prioritariamente los modelos con base empírica	Las propias de cada modelo: – Trastornos psicológicos (TAG, TEPT, depresión, anorexia etc.) – Problemas psicológicos (duelo no patológico, separaciones, soledad, etc.) – Problemas sociales (maltrato, exclusión social, estigma, etc.) – Otros problemas
Modelos de formulación psicoanalíticos (Messer y Wolitzky, 1997) – Tradicionales – Patrones centrales de relaciones conflictivas (Luborsky, 1977)	Modelo freudiano tradicional Relaciones objetales Psicología del self	Trastornos psicológicos Relaciones interpersonales Conflictos de angustia Depresión
Análisis configuracional (Horowitz y Eells, 1997)	Teoría de los esquemas personales Estados de la mente Esquemas personales Control de ideas y afectos	Relaciones interpersonales Autoconcepto Concepto de los otros Trastornos de personalidad
Terapia interpersonal de la depresión (Klerman y Weissman, 1993)	Terapia interpersonal: – Cambios de rol – Pérdidas y duelos – Conflictos de rol	Trastornos estado de ánimo Trastornos por uso de sustancias
Terapia dialéctica de conducta: trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993; Koemer, 2007)	Tratamiento en fases Regulación emocional Principios de aprendizaje y terapia de conducta Patrones conductuales y dilemas que entorpecen el cambio Orientación dialéctica al cambio	Trastornos de personalidad límite (suicidios)
Terapia centrada en la emoción (Greenberg y Goldman, 2007)	Modelos neohumanistas centrados en la emoción: narrativas emocionales, apego y estilo de procesamiento de emociones	Psicoterapia Problemas emocionales
Entrevista de evaluación funcional culturalmente informada (Tanaka-Matsumi, Seiden y Lam, 1996)	Identidad cultural Estrés por aculturación Evaluación funcional	Problemas clínicos con personas de diferentes marcos culturales
Formulación transdiagnóstica de la ansiedad (Frank y Davidson, 2014)	Modelo cognitivo-conductual. Enfoque transdiagnóstico de la ansiedad	Problemas y trastornos de ansiedad

En el [cuadro 5.1](#) se incluyen algunos modelos relevantes propuestos para ayudar en la formulación de casos con problemas, o desde enfoques, específicos. En primer lugar, se han agrupado los principales esquemas psicoanalíticos por considerar que la aportación de esos modelos al tratamiento de los trastornos neuróticos (de ansiedad) incluye propuestas teóricas y de intervención de interés (por ejemplo, terapias breves psicoanalíticas). Los enfoques configuracionales e interpersonales se han diferenciado por haber aportado una mayor evidencia empírica, incluyendo terapias validadas con apoyo en la evidencia, sus aplicaciones se han centrado en los trastornos del estado de ánimo principalmente. El modelo de la terapia dialéctica ha tenido también su propuesta de formulación clínica del caso, Linehan y otros autores (Linehan, 1993; Koemer, 2007) han ido haciendo propuestas en ese sentido relacionadas con los trastornos de personalidad límite y los intentos suicidas (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002).

También resultan de interés los modelos derivados de la terapia centrada en la emoción y, en general, de todas aquellas propuestas que inciden en el mejor conocimiento y control de nuestras emociones. También se ha destacado por diferentes autores la importancia de incluir una visión cultural en la formulación, el propio DSM-5 hace un esfuerzo por que se tenga en cuenta esta visión en el diagnóstico. Finalmente, en el [cuadro 5.1](#) incluimos una referencia a los acercamientos transdiagnósticos. Aunque no es uno de sus puntos fuertes, el modelo transdiagnóstico de la ansiedad también ha publicado una propuesta explícita para la formulación del caso desde este acercamiento. Las propuestas transdiagnósticas para la formulación de casos más relevantes se concentran en torno a los problemas relacionados, de uno u otro modo, con la ansiedad y las dificultades en la regulación de emociones (Barlow *et al.*, 2011).

El lector observará que no se han incluido en la figura algunos enfoques cognitivo-conductuales, humanistas o dinámicos (por ejemplo, plan análisis –Caspar, 1995–; formulación del caso –Barlow y Durand, 1995–; método idiográfico de formulación de conflictos –Perry, 1994–; terapia procesual-experiencial –Greenberg, Rice y Elliot, 1993–; método de planificación de la formulación –Weiss, 1993–) por considerar que o no añaden demasiado a los citados, o no tienen un apoyo teórico o empírico tan importante en la actualidad. Se han evitado, igualmente, aquellos modelos centrados en la psicología infantil (Herbert, 1998; Lane, 1998) que quedan fuera del alcance del presente manual.

Se remite al lector a los trabajos de Eels (2015); Johnstone y Dallos (2014); Bruch y Bond (1998); o Hersen y Porzelius (2001), para un estudio en detalle de los modelos citados.

5.3.2. Modelos generales para la formulación clínica

Los modelos específicos de formulación vistos en el punto anterior facilitan al psicólogo la formulación de casos que encajen en las características del modelo del trastorno

indicado en cada uno de los acercamientos. Nos interesa más destacar aquellos modelos que hayan aportado herramientas y estrategias prácticas que ayuden a la formulación desde cualquier enfoque o modelo psicopatológico que pueda reunir una cierta evidencia empírica. En este sentido, es necesario contar con modelos más generales que puedan resultar útiles para abordar la formulación de distintos tipos de trastornos, a poder ser considerando una visión teórica más amplia y abierta. Igualmente, no hay que ocultar que nos interesan más los acercamientos que permiten avanzar las formulaciones de los casos a partir de los análisis descriptivos de las secuencias, el desarrollo de los problemas y que fomentan la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

A pesar de la falta de investigación sistemática al respecto, se han ido proponiendo diversos acercamientos generales a la formulación clínica que cumplen estas expectativas. Los distintos autores proponen pautas para llevar a buen fin una formulación de un caso clínico, modelos complejos que tratan de ordenar la formulación sobre la base de modelos teóricos y estrategias instrumentales que intentan servir de ayuda en los procesos de formulación clínica, idealmente, desde cualquier marco teórico. Desde los trabajos iniciales de Meyer (1957), y de forma más empírica el de Seitz (1966), se ha recorrido un largo camino que parece haber comenzado a dar los primeros frutos en la última década del siglo pasado. Desde los años noventa, se ha incrementado de forma importante el número de publicaciones centradas en la aplicación de esquemas de formulación clínica que permitiesen entender los casos desde la perspectiva individual. Este enfoque ha conectado y revitalizado el enfoque clínico tradicional, defendido durante más de un siglo por la psicología clínica y que parecía estar en peligro debido a la creciente importancia de los esquemas diagnósticos y las terapias de manual. Por otra parte, la creciente convergencia entre enfoques clínicos ha abonado el ambiente para la consideración de este tipo de estrategias de forma más pausada que en las décadas anteriores. Las propuestas que se revisan a continuación son las más generales y que consideramos que encajan mejor con el acercamiento integrador seguido en el presente manual. De hecho, como se presenta más adelante, los modelos propuestos son tan generales y amplios que pueden llegar a considerarse propuestas identificadas con el proceso de EPC en su totalidad. En el [cuadro 5.2](#) se resumen los cinco modelos que consideramos que encajan mejor en esta categoría.

Cuadro 5.2. *Principales propuestas generales para la organización de la formulación clínica*

<i>Modelos generales</i>		
<i>Modelos</i>	<i>Marco teórico</i>	<i>Aplicaciones</i>
Modelo del University College of London (UCL) Meyer, 1957 Wolpe y Turkat, 1985 Bruch, 1998 Sturmey, 2009	Evaluación conductual Terapia de conducta	Trastornos psicológicos Problemas psicológicos
Modelo de la British Psychological Society (BPS) Johnstone <i>et al.</i> , 2011; 2017	Modelo cognitivo-conductual participativo	Trastornos psicológicos Problemas psicológicos Trabajo en equipos de salud mental
Modelo dual del Proyecto Bochum (Schulte, 1997)	Modelo cognitivo-conductual	Ansiedad
Formulación cognitivo-conductual Persons, 1993 Persons y Topkins, 2007	Modelo cognitivo-conductual de A. Beck Síntomas Actitudes disfuncionales Sucesos vitales Relaciones con diagnóstico	Todos los trastornos clínicos con énfasis en depresivos, de ansiedad y drogas
Modelo general basado en la evidencia Eells, 2015	Modelo integrador. Terapia guiada por la formulación del caso	Trastornos psicológicos Problemas psicológicos

De esta forma, vamos a detenernos brevemente en los modelos del UCL (Meyer, 1957; Wolpe y Turkat, 1985; Bruch, 1998; Sturmey, 2009), por su visión dinámica y su papel pionero; en el modelo de la British Psychological Society (Johnstone, 2011) por su enorme repercusión en la práctica clínica participativa; en el modelo dual del Proyecto Bochum (Schulte, 1997) porque pensamos que ha propuesto una de las primeras y más completas orientaciones sobre la integración de estrategias nomotéticas (diagnóstico) e idiográficas (formulación) en el proceso de EPC; en el modelo cognitivo conductual de Persons (Persons, 2007), por la integración del diagnóstico en la formulación; y en el modelo integrador basado en la evidencia propuesto por Eells (2015), para apoyar su propuesta de terapia guiada por la formulación del caso, por su esfuerzo integrador.

Otros acercamientos como los de solución de problemas y mapa psicopatogénico (Nezu y Nezu, 1989; 2007) y el de Haynes y O'Brien (2000), que también ofrecen un marco general, se detallan en el siguiente punto por el valor que tienen sus propuestas instrumentales para la ejecución y construcción práctica de los esquemas de formulación.

A) Modelo del University College of London (Meyer, 1957; Wolpe y Turkat, 1985; Bruch, 1998; Sturmey, 2009)

El modelo de formulación clínica del University College of London (UCL), como ya se ha avanzado, fue propuesto inicialmente por Victor Meyer y ha sido desarrollado por algunos de sus seguidores como Turkat, Bruch o Sturmey. La propuesta de Meyer fue pionera y tiene aspectos de verdadero interés que pueden servir, como es el caso de este texto, para ayudar a organizar todo el proceso de EPC.

Para este grupo de autores la formulación clínica trata de desarrollar *teorías clínicas* de los problemas individuales desde el marco conceptual del enfoque cognitivo conductual, y delimitar lo que ellos denominan un acercamiento científico al caso clínico. Para conseguir este objetivo, como en todos los desarrollos de teorías científicas, debe recogerse información relevante, desarrollar hipótesis ajustadas a los datos y contrastarlas. Además de otras ventajas, este último punto convierte a este enfoque en pionero del acercamiento metodológico seguido en este volumen (Silva, 1989; Muñoz, 2008).

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

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

Idealmente, la formulación debe ofrecer respuestas a las preguntas: ¿por qué esta persona, en un momento determinado de su vida, ha desarrollado la queja actual?, ¿cómo se ha desarrollado el problema?, ¿qué condiciones son instrumentales?, ¿cuál es el valor funcional del problema en la vida del paciente

en general? El otro objetivo de toda formulación es ayudar a diseñar un tratamiento y, en ese sentido, la formulación debe ofrecer las claves para organizar el resto de la intervención al identificar las variables independientes sobre las que debe actuarse.

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

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

4. *Intervención*: una vez que se han establecido los niveles de línea base o basales de cada problema, se comienza propiamente el tratamiento. En primer lugar, se especifican los procedimientos y técnicas que emplear durante el tratamiento y el plan de actuación. En segundo lugar, se establece un contrato con el paciente que sienta las bases de la intervención y ayuda para conseguir la adherencia al tratamiento y la cooperación del cliente en el mismo. Por último, el programa se pone en marcha con un sistema continuado de monitorización de los cambios conseguidos que garantice el correcto cumplimiento de los objetivos propuestos o indique lo antes posible la necesidad de corregir el tratamiento o, en última instancia, reformular el caso.
5. *Evaluación*: los autores recuerdan la importancia de establecer una medida del cambio o resultados del tratamiento que permita evaluar la efectividad de la intervención. Para ello, se evalúan los resultados. Las ganancias son apoyadas y mantenidas, se optimiza el programa y se delimitan, si es necesario, nuevos objetivos. Se realiza una evaluación de seguimiento para consolidar el progreso obtenido.

De esta forma, este grupo de autores ha consolidado uno de los enfoques más interesantes en el panorama de la EPC y de la formulación en particular que, aunque con innovaciones y ventajas muy notables, presenta también, desde nuestro punto de vista, algunas limitaciones. Entre ellas, pueden destacarse las siguientes:

- El enfoque abusa de la entrevista como método casi único de evaluación.
- No se establece una relación con los enfoques psicométricos de la evaluación psicológica.

- Se infravaloran algunos determinantes biológicos.
- No se establecen vínculos con los enfoques actuales de diagnóstico ni psicopatológicos.
- No se especifican los mecanismos ni las fuentes de hipótesis, lo que dificulta enormemente el trabajo conceptual del caso.
- No se propone ningún sistema (diagramas, etc.) para expresar las formulaciones y tampoco se hacen explícitas instrucciones o habilidades para construirlas.

El modelo del UCL, aunque plenamente vigente, ha servido de base y se puede decir que ha evolucionado hacia una visión más amplia de la formulación, que es la que se presenta a continuación.

B) Modelo del British Society of Psychology (Johnstone, 2011; 2017)

Desde sus orígenes en el Maudsley Hospital hasta su aplicación actual en atención primaria, la psicología clínica británica ha sido una referencia para todo el mundo en los ámbitos relacionados con la evaluación y el tratamiento psicológico. Como se ha visto en el apartado anterior, los modelos surgidos del University College of London han sido fundamentales en el inicio de los modelos de formulación clínica de casos. El enfoque británico ha situado la formulación en el núcleo principal de la profesión psicológica y, por ende, la han extendido a otras profesiones relacionadas con la salud mental como psiquiatras, educadores, terapeutas ocupacionales, enfermería, etc. En este proceso ha sido fundamental la labor de distintos grupos de trabajo liderados por Lucy Johnstone (Johnstone *et al.*, 2010; 2011; 2017) que han desarrollado la formulación hasta convertirla en un verdadero enfoque clínico que traspasa incluso los límites del proceso de evaluación, para extenderse hasta el tratamiento.

De este modo, el grupo de Johnstone ha conseguido que, en la definición de los principios fundamentales y filosóficos de la profesión de psicólogo propuesta por la British Society of Psychology, se señale la formulación como uno de los aspectos fundamentales de toda la psicología. En el documento *El propósito principal y la filosofía de la profesión* (DCP, 2010: 5-6) se propone la siguiente definición de formulación: “La formulación psicológica es la suma e integración del conocimiento adquirido por el proceso de evaluación que puede involucrar factores y procedimientos psicológicos, biológicos y sistémicos. La formulación se basará en la teoría psicológica y la investigación para proporcionar un marco para describir el problema o las necesidades de un cliente, cómo se desarrolló y se mantiene.

Debido a su formación particular en la relación de la teoría con la práctica, los psicólogos clínicos podrán recurrir a una serie de modelos (biopsicosociales) para satisfacer las necesidades o apoyar la toma de decisiones, por lo que una formulación puede comprender una serie de hipótesis provisionales. Esto proporciona la base sobre la que pueden derivarse las acciones... La intervención psicológica, si se considera apropiado, se basa en la formulación”.

De forma más específica, la Division of Clinical Psychology Good Practice Guidelines (DCP, 2011, 2) define formulación como: “La formulación... resume e integra una amplia gama de factores causales de índole biopsicosocial. Se basa en el significado personal y se construye de manera colaborativa con usuarios y equipo”.

Teniendo lo anterior en consideración, una formulación clínica:

- Parte de la lista de problemas y tiene que incluir y resumir todos los problemas principales del cliente.
- Debe ofrecer sugerencias, ideas e hipótesis respecto a cómo se relacionan los problemas del cliente entre ellos. Dichas sugerencias e hipótesis deben fundamentarse en los principios y teorías psicológicas con evidencia científica que los sustente.
- Tiene entre sus objetivos básicos el de ayudar a explicar, sobre la base de la teoría psicológica, el desarrollo y mantenimiento de las dificultades del cliente, en un momento y situación determinados.
- Desemboca en la generación de un plan de intervención basado en principios psicológicos y en evidencias que lo apoyen.
- Es un proceso dinámico y en todo momento está abierta a revisión y reformulación, incluso a lo largo del tratamiento.

Como se observa, la propuesta incluye una definición integradora, funcional y narrativa de la formulación. No se adscribe a ningún enfoque concreto y no es excluyente. En este sentido, Johnstone y Dallos (2014) publican un manual sobre la formulación clínica en psicoterapia que incluye enfoques cognitivo-conductuales, psicodinámicos, sistémicos, narrativos, sociales y de constructos personales. Los autores indican la conveniencia de conocer y utilizar todos los enfoques a la hora de crear las formulaciones. Desde nuestro punto de vista, esta propuesta es más un objetivo que una realidad. Es muy difícil que un profesional esté suficientemente formado en todos los enfoques para combinarlos en una sola formulación (si es que eso fuera posible). Entendemos su propuesta más como una propuesta abierta que puede englobar distintas perspectivas y modelos, pero probablemente no de forma simultánea.

Resumiendo mucho los principios básicos que orientan este punto de vista, pueden señalarse una serie de aspectos fundamentales que afectan a la formulación de casos:

- La formulación es una hipótesis sobre las dificultades de una persona que vincula la teoría con la práctica y guía la intervención. Resume e integra una amplia gama de factores causales biopsicosociales. Se basa en el significado personal y se construye en colaboración con los usuarios y equipos del servicio.
- La formulación no consiste exclusivamente en una serie de hipótesis explicativas del caso, sino que es una habilidad central para los psicólogos clínicos en todos los niveles y en todas las especialidades.
- Se puede diferenciar entre la formulación como un acontecimiento que se hace en

un momento dado (al final de la evaluación y previo al tratamiento), y se cristaliza en un esquema, diagrama o narrativa, y como un proceso. Y la formulación vista como un proceso o forma de proceder a lo largo de toda la evaluación y el tratamiento es una forma de pensar y actuar del psicólogo clínico que tiñe todas sus acciones.

- Los autores reconocen el valor de todos los tipos de formulación, al tiempo que recomiendan que los psicólogos clínicos siempre formulen desde una base amplia, integrada y una perspectiva multimodelo, que ubica el significado personal dentro de su marco sistémico más amplio, en los contextos organizacionales y sociales.
- La formulación va más allá del caso individual, puede servir a una gran cantidad de propósitos para las personas, familiares, cuidadores, equipos y organizaciones.
- Se recomienda que los psicólogos clínicos deberían usar, compartir, promover y ofrecer formación en formulación.

Sin embargo, la propuesta de Johnstone, quizá debido a la amplitud de enfoques que pretende englobar, no especifica procedimientos o estrategias para llevar a cabo la formulación. Se confía en la formación psicológica y clínica del psicólogo y en sus habilidades teórico-prácticas para relacionar la teoría con los datos provenientes del caso. Como estamos viendo a lo largo del presente manual, esta habilidad no es tan sencilla, de hecho, puede que sea una de las más complejas que debe poder poner en marcha un psicólogo clínico. Adolece, asimismo, este acercamiento de muchas de las limitaciones del modelo anterior. Se excluye de forma explícita el diagnóstico categorial (y cualquier otro tipo) al considerar que la formulación cumple mejor todos los puntos del proceso de EPC. Estando de acuerdo en lo esencial con la autora, nuestro punto de vista sigue considerando posibles utilidades del diagnóstico en el proceso de EPC que no pueden ser excluidas. El modelo presenta cierta debilidad al incluir los aspectos biológicos, problema ciertamente muy común entre los acercamientos psicológicos. Se establece la formulación como una herramienta de comunicación (alternativa al diagnóstico) y de cooperación entre profesionales. Pero no se especifica cómo llevar a cabo ese tipo de tareas, y en nuestra experiencia, nuevamente, no se trata de una tarea sencilla. Johnstone señala que la formulación puede hacerse de forma narrativa o mediante diagramas, pero no especifica ni explica qué tipo de diagramas utilizar o cómo se podrían hacer. Desde nuestro punto de vista, sería muy útil poder contar con estrategias más específicas, claras y precisas sobre cómo conseguir relacionar e integrar la información teórica con la del caso que tenemos delante y cómo expresarla de forma que nos sea útil al evaluador, al cliente y en el intercambio profesional.

C) Modelo dual del Proyecto Bochum (Schulte, 1997)

Aunque no llega a presentarse como un modelo explícito de formulación clínica, desde nuestro punto de vista, las propuestas de Dietmar Schulte en el marco del Proyecto Bochum de Terapia de la Ansiedad constituyen un planteamiento de gran interés a la

hora de entender mejor el proceso de conceptualización y diseño del tratamiento en las intervenciones clínicas (Schulte *et al.*, 1992; Schulte, 1997; Schulte, 2002). Partiendo de un acercamiento empírico, en uno de sus trabajos (Schulte *et al.*, 1992), se selecciona una muestra de ciento veinte personas con diagnósticos DSM-III de fobia (78 % agorafobia) y exclusión de otros trastornos. Todos los casos tienen una gravedad importante y han recibido tratamientos previos. Se hacen tres grupos: uno con tratamiento de manual; otro con análisis funcional y tratamiento individualizado y un tercero en el que los pacientes recibían un tratamiento pareado con los del grupo dos, es decir, con los mismos tratamientos, pero, lógicamente, sin relación directa con los problemas del paciente. Los resultados se miden de forma multivariada y presentan unos datos muy negativos para el análisis funcional. Todos los grupos llegan al mismo nivel de mejoría, pero el grupo estandarizado lo hace antes. Estos datos parecen concluyentes, se ahorra tiempo y dinero eliminando la fase de formulación de la evaluación individual. Sin embargo, los autores destacan cómo los resultados pueden ser menos concluyentes de lo que parece o llegar a ser inaplicables en la clínica cotidiana debido a distintos factores:

- No se realizaron revisiones de los análisis funcionales realizados. Los clínicos tenían un entrenamiento de solamente nueve casos tratados con anterioridad.
- Los terapeutas pudieron recibir mejor entrenamiento en las terapias de manual que en las individualizadas, siempre menos predecibles.
- Se eliminaron todos los dobles diagnósticos, los más frecuentes en la clínica real.
- Se escogió una patología para la que el tratamiento es muy claro y sencillo (exposición y control de autoverbalizaciones), la situación no es tan clara en la mayoría de los demás trastornos psicológicos.
- Incluso en esos casos, las jerarquías de exposición y los diálogos de autoverbalizaciones debieron ajustarse a las situaciones y condiciones de cada persona.
- No se consideran los abandonos, causa más frecuente de fracaso en la práctica real.

Este tipo de trabajos (ver [capítulos 1 y 6](#) para un comentario más amplio sobre este punto) pone de manifiesto, por un lado, la utilidad de dirigir la investigación en función de categorías y esquemas de tratamiento sistemáticos, y por el otro, la precaución que debe ponerse en la aplicación de la formulación de casos clínicos y la necesidad de considerar la integración de ambos enfoques. En palabras de los autores, en la conceptualización de los casos y en el diseño de los tratamientos se combinan dos tipos de acercamientos complementarios:

- Estrategias *guiadas por los problemas*: se hace referencia a las estrategias nomotéticas. En los casos clínicos, este tipo de estrategias hace referencia, fundamentalmente, a la posibilidad de emplear en la actividad clínica

diagnósticos, modelos psicopatológicos y terapias de manual.

- Estrategias *guiadas por la persona*: se hace referencia a las estrategias idiográficas. En los casos clínicos se refiere al uso de esquemas de evaluación y diseño del tratamiento individualizadas. En el caso de los autores, se propone el uso del análisis funcional como acercamiento principal, pero se podría pensar en otro tipo de acercamientos individuales desde otras orientaciones psicológicas.

Los autores defienden la utilidad de ambas estrategias a la hora de evaluar un caso clínico y diseñar un tratamiento. Por un lado, la de dirigir la evaluación y el tratamiento por grandes categorías diagnósticas que desembocan en un tratamiento de manual y, por el otro, la necesidad de personalizar la interpretación y el tratamiento para ajustarlo a la persona en cada aplicación individual. Schulte (1997) nos propone como conclusión de su trabajo la necesidad de integrar ambos tipos de estrategias en el trabajo clínico y ofrece un esquema para llevarlo a cabo. En la [figura 5.4](#) se resume el esquema de Schulte.

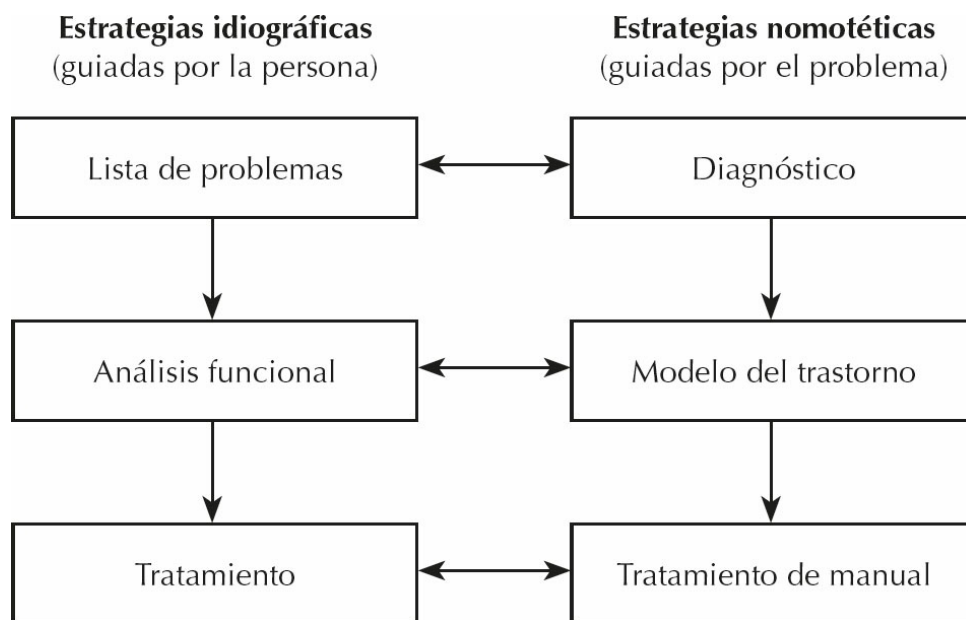


Figura 5.4. Combinación de estrategias nomotéticas e idiográficas en el proceso de EPC.

Fuente: Schulte, 1997.

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

- Los criterios diagnósticos aportan guías de búsqueda de información con base empírica.
- La consideración de los modelos psicológicos aumenta la validez de contenido de

las hipótesis propuestas.

- La validez de constructo de las hipótesis idiográficas se ve apoyada por las bases empíricas de las configuraciones de criterios diagnósticos y por la aportación empírica de los modelos psicológicos contemplados.
- La selección de tratamientos se facilita y se justifica con mayor base empírica a la vez que los programas estandarizados de tratamiento se ajustan y optimizan para cada persona.
- Es posible integrar y conjugar los programas estandarizados con las variables personales y situacionales que funcionan en cada caso (barreras para la intervención, estadios de cambio, apoyo social, significado cultural, etc.).

De este modo, Schulte planteó, ya en los años noventa del siglo pasado, la necesidad de combinar estrategias de formulación con los elementos provenientes del diagnóstico y los tratamientos de manual para diseñar tratamientos efectivos de forma más rigurosa y ajustada a las características personales. Esta misma línea ha sido seguida por distintos autores, que han englobado las relaciones entre conceptualización del caso y diagnóstico en modelos generales de formulación clínica. A continuación, se presentan las dos de estas alternativas que consideramos más completas e integradoras.

D) Modelo cognitivo-conductual de formulación del caso (Persons, 1989; 2012)

Los modelos cognitivo-conductuales han generados distintos acercamientos y propuestas para ayudar a generar formulaciones de los casos clínicos (Persons, 1989; Tarrier, 2006). Una primera propuesta general que incluye estrategias de diagnóstico para ayudar a formular los casos clínicos ha sido la realizada por Jacqueline Persons (Persons, 1989; 1993; 2012; Persons y Tompkins, 2007; 2015) y que ella denomina “Modelo cognitivo conductual de formulación del caso”. El modelo ha sido recogido en diversas publicaciones y en una serie de vídeos editados por la APA que ofrecen una visión aplicada del modo de trabajo que nos propone la autora. La formación de Persons se enmarca, inicialmente, en el grupo dirigido por Aarón Beck en torno a los planteamientos cognitivos de la depresión y los trastornos de ansiedad. De esta forma, en sus primeras propuestas (Persons, 1989; 1993), junto al interés por el análisis funcional, se enfatizaba el papel causal de las cogniciones en los problemas psicológicos. Siguiendo las directrices básicas de la evaluación, el modelo incluía aspectos descriptivos (estructurales) y de funcionamiento (funcionales) de las principales variables implicadas. El modelo tenía siete componentes en la formulación y su especificación se hacía de forma narrativa en cada capítulo. Ocasionalmente, la autora indicaba que se podrían emplear diagramas de flujo para expresar mejor las hipótesis centrales de la formulación.

De forma breve, los componentes pueden definirse como sigue:

- *Lista de los problemas conductuales*: de acuerdo a las especificaciones dadas en lo

relativo a la lista de problemas, este punto debe especificar de forma comprensiva y específica la lista de todos los problemas que hayamos podido identificar en la situación vital del paciente.

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

El sistema propuesto inicialmente por Persons nos colocaba ante un esquema guiado por una teoría muy concreta que, aunque central en la consideración actual de algunos problemas, no completaba el universo de posibilidades explicativas y situacionales de la clínica psicológica. Una visión muy similar es la propuesta por Tarrier (2006) en la que se sigue un modelo de diátesis-estrés con similitudes claras con el modelo de Persons. Las evidentes limitaciones de este tipo de acercamientos animaron a Persons a proponer un nuevo modelo poco tiempo después (Persons, 2007; Persons y Tompkins, 2007; 2015).

En la nueva propuesta Persons sitúa su enfoque en un modelo de formulación clínica

que debe guiar la terapia cognitivo-conductual y que parte de los esquemas fundamentales del proceso de EPC, e incorpora los presupuestos de la teoría del aprendizaje, el papel de las cogniciones y de las emociones en el comportamiento humano. En la [figura 5.5](#) se presenta el modelo propuesto por Persons y Tompkins, 2015.

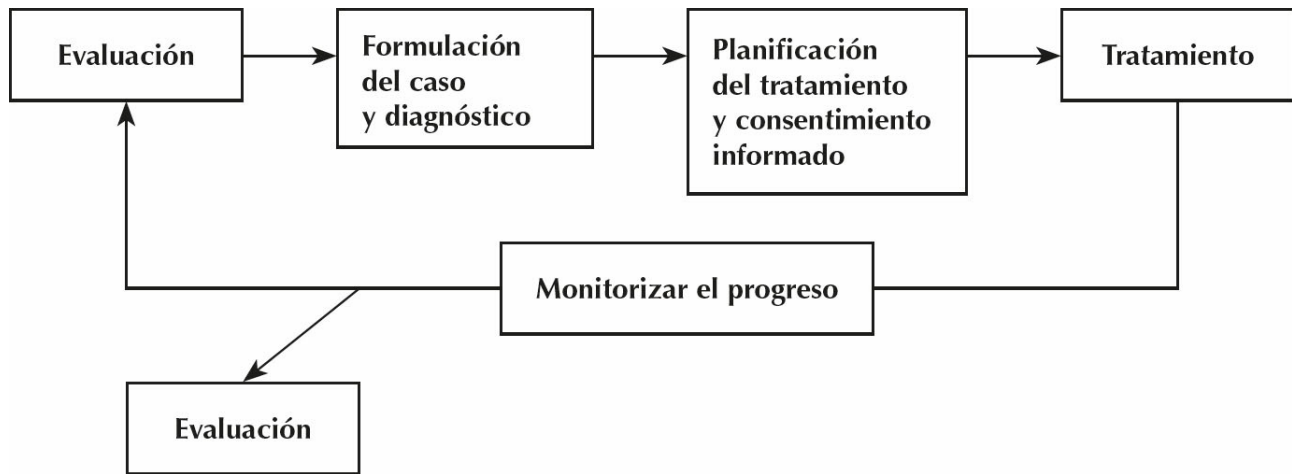


Figura 5.5. Modelo de formulación cognitivo-conductual del caso clínico.

Fuente: Persons y Tompkins, 2015.

Desde el punto de vista de Persons, la formulación abarca todo el proceso de evaluación clínica y comienza por la elaboración de la lista de problemas extendiéndose hasta la evaluación del cambio y pasando por la planificación y puesta en marcha del tratamiento. En la formulación, se proponen hipótesis acerca de los mecanismos que causan los problemas del paciente, los precipitantes que activan dichos mecanismos y sobre los orígenes de los mencionados mecanismos. De tal modo que el núcleo de la formulación del caso es una descripción de los mecanismos psicológicos que causan y mantienen los problemas y síntomas del paciente.

Centrándonos en la parte instrumental, la autora propone dos estrategias para ayudar a formular el caso:

1. Utilizar las categorías diagnósticas y modelos psicopatológicos como guía para la formulación. Para ello, se especifican los pasos que seguir en:
 - Identificar un diagnóstico (DSM-5; CIE-11) que encaje con la sintomatología del paciente y sirva de referencia (anclaje).
 - Se buscan los modelos psicopatológicos y de tratamiento basado en la evidencia de dicho diagnóstico.
 - Se individualiza y extrapola el caso respecto al modelo de referencia: factores del contexto, somáticos, cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales.
 - El tratamiento se planifica a partir de la personalización del tratamiento

manualizado basado en la evidencia.

2. Buscar apoyo teórico en los modelos psicológicos del aprendizaje, cognitivos y de las emociones. Si la estrategia anterior no nos funciona o resulta inaplicable (no existencia de un diagnóstico claro, falta de modelos de algún diagnóstico, presencia de más de un diagnóstico, etc.), pasamos a emplear una segunda estrategia que consiste en buscar las referencias en los modelos de la psicología del aprendizaje, las cogniciones y las emociones. Es evidente que esta segunda estrategia es más compleja y precisa una mayor formación teórica del psicólogo, pero tiene también sus ventajas: es más flexible, permite individualizar mejor cada comportamiento y optimiza los tratamientos personalizados.

En muchos casos, nos veremos obligados a emplear más de un modelo de referencia y emplear las dos estrategias para explicar todos los aspectos del caso clínico. Es decir, en la mayoría de las ocasiones es muy probable que tengamos que recurrir a un modelo psicopatológico básico de referencia y lo completemos con aspectos de un segundo modelo o de una teoría más general. Por ejemplo, podemos explicar un caso de depresión partiendo de las atribuciones de la persona (modelo de Beck), pero lo podemos completar con la explicación del efecto de un cambio de pareja en el cuadro clínico (modelo interpersonal). Incluso, podemos añadir algún aspecto relacionado con una pérdida de reforzadores para comportamientos concretos (teoría del aprendizaje).

Una vez que tenemos un modelo explicativo, pasamos a buscar las hipótesis de origen y a describir los precipitantes actuales (secuencias), tal y como la autora proponía en su primera propuesta.

De este modo, el modelo sirve de guía para la integración de modelos teóricos nomotéticos en formulaciones idiográficas y, en ese sentido, es un perfecto ejemplo de actuación. La traslación de este tipo de estrategias a otros modelos psicopatológicos generales ayudaría, en extremo, a su aplicación clínica personalizada y a la planificación individualizada de los tratamientos de manual, que es uno de los objetivos de la psicoterapia del siglo XXI.

E) Modelo integrador basado en la evidencia (Eels, 2007; 2015)

Sin duda, Tracy Eels (2007; 2015) es uno de los autores que más ha contribuido a configurar la formulación clínica como uno de los aspectos centrales de la EPC. Su contribución se ha centrado en la elaboración de un manual que recoge participaciones de distintos autores e incluye la mayoría de las principales propuestas y acercamientos actuales a la formulación clínica (Eels, 2007). Como culminación de ese trabajo en 2015, publica un manual (editado por la APA) centrado en la proposición de un modelo de formulación clínica integrador basado en la evidencia, que pretende servir de marco de referencia para la formulación clínica de todos los casos desde cualquier enfoque (Eels, 2015), especialmente para lo que él denomina *terapia guiada por la formulación del*

caso. Eels apoya su modelo en distintos tipos de evidencias: las evidencias propias de la investigación en psicoterapia y psicopatología basada en la evidencia, las evidencias de los expertos evaluadores que pueden ayudar a clarificar el proceso de formulación y las evidencias de la psicología, más allá de la psicología clínica.

Eels (2007) define *formulación clínica* como una hipótesis acerca de las causas, precipitantes e influencias mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona, con el objetivo de explicar los problemas y síntomas de la persona. Una formulación cumple cuatro funciones principales: dota de estructura a la información del caso, sirve de guía en el tratamiento, ayuda a medir el cambio y ayuda al terapeuta a entender el mundo intrapsíquico, interpersonal cultural y conductual del cliente. En este sentido, Eels insiste en la necesidad de incorporar los factores de sensibilidad cultural en las formulaciones clínicas. En esa misma línea, la religión y espiritualidad de la persona son factores igualmente importantes a la hora de entender mejor algunos componentes del comportamiento de una persona.

El modelo propuesto parte de un marco general del proceso de evaluación psicológica similar al seguido en el presente manual (GAP, 2011). Se diferencian las cuatro fases fundamentales: recogida de información, integración de la información, tratamiento y finalización de la intervención. En la segunda fase (integración y conceptualización del caso) es en la que se incluye, de forma explícita, la formulación del caso. A su vez, la formulación se organiza en cuatro fases: crear una lista de problemas, determinar un diagnóstico (DSM-5 o CIE-11), desarrollar hipótesis explicativas del caso y diseñar un plan de tratamiento. En la [figura 5.6](#) se ofrece un esquema del proceso mencionado.

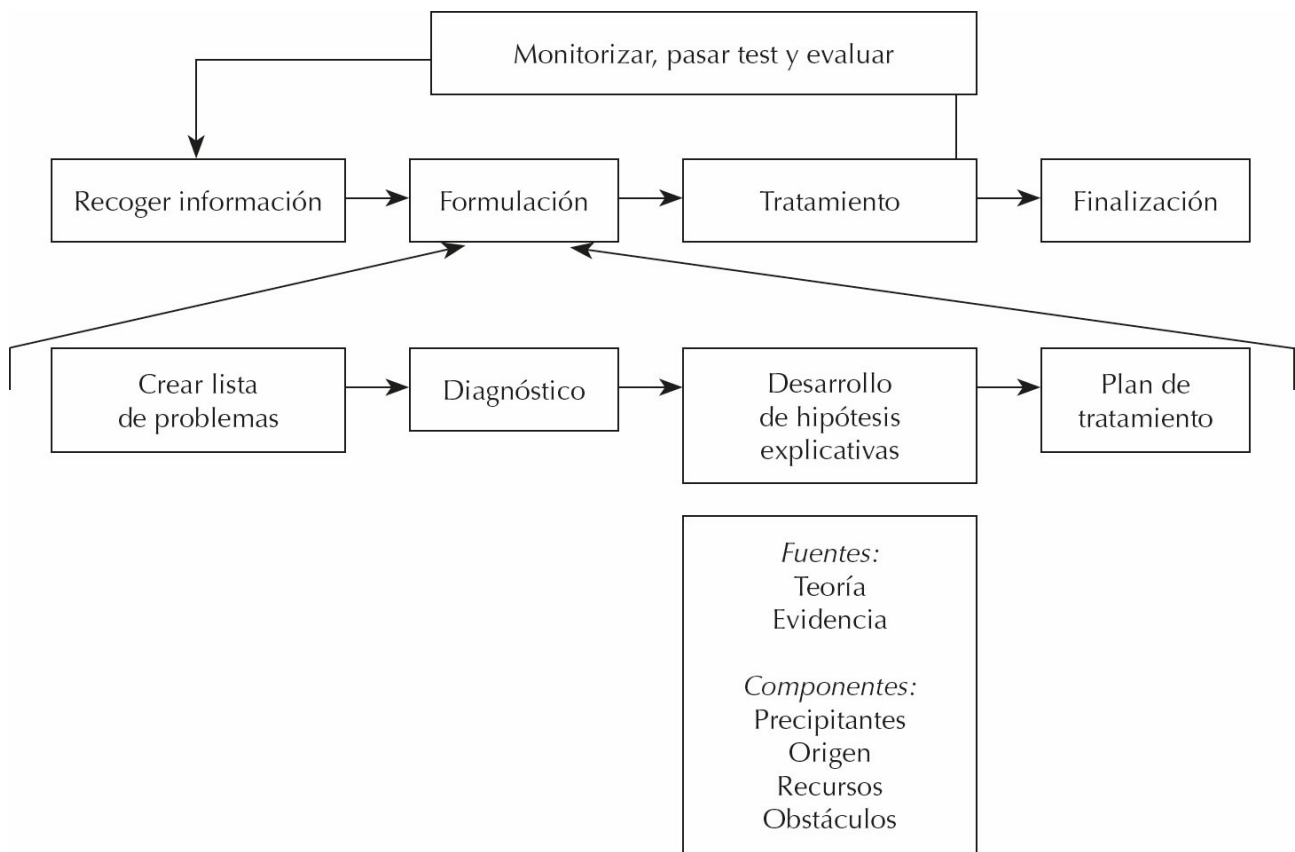


Figura 5.6. Proceso de formulación clínica.

Fuente: Eels, 2015.

Eels (2015) aborda en detalle y ofrece herramientas específicas para la elaboración de la lista de problemas a partir de la información obtenida de distintos instrumentos y en las entrevistas con el paciente. En la línea de Persons, destaca la importancia de considerar el diagnóstico como una herramienta de apoyo para la búsqueda de relaciones funcionales (a través de modelos psicopatológicos). En este sentido, destaca también las implicaciones sociales (no siempre positivas) de las etiquetas diagnósticas sobre las personas.

Uno de los puntos más interesantes de la aportación de Eels reside en su intento por detallar el proceso que debe seguirse a la hora de generar las hipótesis explicativas que configuran la formulación del caso. El autor propone un procedimiento para llegar paso a paso a la formulación. Propone partir del modelo psicopatológico de diátesis-estrés como referencia fundamental en salud mental. En esa línea, indica cinco pasos para llegar a la formulación:

1. Identificar los precipitantes de los problemas.
2. Identificar el origen de los problemas.
3. Buscar los recursos del cliente.
4. Señalar los posibles obstáculos del cliente (resistencias) al cambio.

5. Generar las hipótesis centrales de la formulación. Para ello, considerar toda la información disponible psicopatológica de la psicología general y del propio caso.

Desde un punto de vista metodológico, es importante señalar cómo Eels hace énfasis en la conveniencia de evaluar las formulaciones desde el punto de vista de la calidad. Dicha evaluación de calidad puede hacerse a partir de las teorías que sustentan la formulación (modelos y procesos psicológicos) y de las evidencias clínicas que la apoyan. Una vez formulado el caso, se procede al diseño del tratamiento, para lo que el autor propone seguir tres pasos:

1. Señalar los puntos de partida del tratamiento (*set points*), como pueden ser reactancia, preferencias del cliente, aspectos culturales, religiosos y espirituales y motivación al cambio.
2. Definir los objetivos del tratamiento.
3. Seleccionar técnicas de tratamiento para cada objetivo, empleando todas aquellas terapias que dispongan de evidencia que las apoye sin importar el enfoque de partida de cada una de ellas.

Es interesante remarcar cómo la mayoría de los autores incluyen el diseño del tratamiento en el proceso general de EPC, como se propone en el presente manual. El proceso termina con la evaluación del cambio y la finalización de la intervención.

En esta misma línea metodológica, Eels hace una reflexión respecto a la utilidad de la formulación para la toma de decisiones clínicas (tratamientos, derivaciones, etc.). Comenta las dos posturas principales que existen en psicología a este respecto y sus repercusiones clínicas. Desde la perspectiva actuarial iniciada por Meehl (1954, 1973a, 1973b) y representada en la actualidad por Kahneman (Kahneman, 2011; Kahneman, Slovic y Tversky, 1982), se confía más en una toma de decisiones basada en el diagnóstico y las indicaciones de tratamiento a partir de los resultados de los test psicológicos. Por otro lado, la perspectiva clínica defiende la necesidad de contar con conocimientos y experiencias propias del psicólogo clínico para poder ayudar mejor a las personas en situaciones reales (Ericsson, Charness, Feltovich y Hoffman, 2006). Aunque no llegan a diseñar ni proponer herramientas para expresar o construir la formulación, Eels sí ofrece algunas recomendaciones prácticas al respecto (Eels y Lombart, 2009):

– Estrategias para hacer una formulación:

- Poner toda la información por escrito, no confiar en la memoria.
- Preferir hacer diagramas a narraciones a la hora de expresar las hipótesis (pero no especifican qué tipo de diagramas).
- Repasar la formulación antes de cada sesión.
- Formular los casos utilizando más de un modelo teórico o psicopatológico.

- Ver al cliente desde distintos puntos de vista.
- La formulación es dinámica y cambia a lo largo del tratamiento.

– Estrategias para apoyar la formulación:

- Buscar evidencias que apoyen la formulación. Los autores señalan cómo la mejor evidencia para apoyar una formulación consiste en el funcionamiento del tratamiento. Ya se ha comentado cómo, desde las propuestas iniciales de Wolpe y Turkat (1985), parece más conveniente contratar las hipótesis de forma previa al tratamiento.

– Prevenir los sesgos:

- Ser conscientes de los sesgos propios del evaluador.
- La formulación debe ser útil para guiar el tratamiento, no al contrario, para justificarlo *a posteriori*.
- Compartir la formulación con el cliente de forma colaborativa ayuda a implicar al cliente en la terapia y a buscar evidencias de la aceptación de la persona del ajuste de nuestra conceptualización a su situación personal.

5.3.3. Modelos instrumentales para la formulación clínica

Los modelos comentados hasta el momento inciden en la importancia de llevar a cabo un proceso de evaluación clínica que culmine en una teoría, conceptualización o formulación del caso. Todos ellos remarcen la importancia de disponer de una formulación clínica que oriente y organice el tratamiento desde un punto de vista individualizador. Sin embargo, en la mayoría de los acercamientos presentados no se hacen explícitos los mecanismos o estrategias con los que puede contar el clínico para desarrollar las formulaciones de los casos. Es decir, nos indican lo que hay que hacer, pero no cómo hacerlo. Este es uno de los puntos más difíciles de la evaluación psicológica, ya que el clínico debe poner en marcha todos sus conocimientos y experiencias para tratar de integrarlos en una teoría del caso y, es obvio, que en la literatura científica no existen propuestas instrumentales de cómo se construye una teoría específica a partir de los datos observados en un caso dado. Son pocos los autores que han dado ese paso y han avanzado estrategias o habilidades potencialmente útiles para construir la formulación clínica. En el [cuadro 5.3](#) se presentan dos propuestas que han hecho un esfuerzo importante por facilitar al clínico esta tarea. Son modelos que ofrecen estrategias de creación de las teorías del caso. No solo dicen qué hay que hacer, sino que intentan avanzar en cómo hacerlo.

Cuadro 5.3. Principales propuestas instrumentales para la organización de la

formulación clínica

<i>Modelos instrumentales</i>		
<i>Modelos</i>	<i>Marco teórico</i>	<i>Aplicaciones</i>
Mapa clínico psicopatogénico Nezu, Nezu, 1989 Nezu, Nezu y Cos, 2007	Modelo cognitivo-conductual Modelo biopsicosocial Aplicación de la solución de problemas al proceso de evaluación	Todo tipo de problemas clínicos
Modelo causal analítico funcional Haynes y O'Brien, 2000 Godoy, Gavino y Haynes, 2011	Terapia de conducta Modelos cognitivo-conductuales Evaluación conductual Modelo biopsicosocial	Todo tipo de problemas clínicos

A) Solución de problemas y mapa psicopatogénico (Nezu y Nezu, 1989; 2007)

Los programas de solución de problemas sociales fueron desarrollados por Thomas D'Zurilla en los años setenta y ochenta del siglo pasado (D'Zurilla y Goldfried, 1971; D'Zurilla, 1986) para su aplicación a la clínica psicológica. Uno de sus alumnos de doctorado en Stony Brook, Arthur M. Nezu, ha aplicado algunos de los principios básicos de dicho entrenamiento a la formulación clínica (Nezu y Nezu, 1997; 2007; Nezu, Nezu y Lombardo, 2004; Nezu, Finch y Simon, 2009).

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

1. *Orientación hacia el problema*: el psicólogo debe orientarse hacia los problemas del cliente y tratar de identificar la lista de problemas. En esa orientación deben tenerse en cuenta los determinantes de los problemas psicológicos, en especial, la multicausalidad y la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. *Definición del problema (y formulación)*: el psicólogo realiza en este punto un análisis personalizado de los problemas del paciente. Lleva a cabo una formulación del caso. En ese proceso deben emplearse todas las estrategias de la evaluación conductual y aplicarse el marco cognitivo-conductual. Es el punto que presenta una mayor coincidencia con lo tratado en el presente volumen hasta el momento, especialmente en el capítulo de análisis descriptivo. La formulación puede plasmarse en lo que Nezu denomina el mapa clínico psicopatogénico (MCP), que veremos más adelante.
3. *Generación de alternativas*: el terapeuta puede emplear todo tipo de recursos, incluidas las tormentas de ideas, para generar alternativas. Habrá que considerar dos tipos de alternativas: las variables meta sobre las que actuar (guiado por el

MCP) y las alternativas de tratamiento. Es decir, este punto se centra más en el diseño del tratamiento y resultan de gran utilidad las estrategias comentadas en el presente texto en el capítulo correspondiente a la planificación del tratamiento.

4. *Toma de decisiones*: como conclusión lógica de la etapa anterior, en este punto el clínico selecciona y decide la mejor estrategia de todas las alternativas anteriores. Debe recordarse la conveniencia de combinar tanto como se pueda las alternativas nacidas en la fase anterior.
5. *Ejecución de la solución elegida*: el psicólogo, de acuerdo con el cliente, pone en marcha el plan terapéutico diseñado. En este punto resulta especialmente importante recordar la necesidad de evaluar el curso y los resultados de la intervención para poder tomar las decisiones adecuadas en cada caso. El proceso vuelve a comenzar según se va recogiendo información que modifica o altera el esquema inicial de funcionamiento diseñado.

De acuerdo a las propuestas de estos autores (Nezu, Finch y Simno, 2009), una formulación clínica es una forma de pensar sistemática que emplea estrategias holísticas y reduccionistas para entender los factores que influyen en el caso. Debería considerar:

- Dominios neuroquímico, fisiológico, cognitivo, afectivo, social y cultural.
- Procesos psicológicos, internos y externos implicados.
- Papel adaptativo y funcional del comportamiento en el pasado.
- Factores motivacionales del cliente.
- Teorías y modelos que podrían aportar algo a la solución del problema del cliente.

Como en la propuesta de Persons, Nezu también insiste en que en la mayoría de los pacientes nos veremos obligados a emplear distintos modelos para conseguir una explicación funcional de los problemas del cliente (por ejemplo, emplear modelos psicopatológicos de TEPT, motivacionales y culturales para explicar la falta de motivación al cambio de un inmigrante que sufre un posible TEPT).

Como se ha adelantado, Nezu y Nezu (1989; 2007) proponen distintas estrategias de ayuda para la formulación clínica. Las más importantes son: el mapa multidimensional para la evaluación, que coincide con las directrices típicas de la evaluación cognitivo-conductual en lo relativo al tipo de sucesos implicados, el mapa para la consecución de metas terapéuticas, que orienta acerca de los objetivos del tratamiento y el mapa clínico psicopatogénico (MCP), diseñado para la realización de la formulación clínica. En el presente volumen nos interesa destacar este último instrumento. El MCP es un diagrama de flujo, derivado de los análisis de pasos (*path analysis*) o de los modelos causales, que organiza las relaciones identificadas entre los distintos factores implicados en la formulación, a saber: sucesos vitales estresantes, estímulos relevantes, factores de la historia personal y problemas conductuales. El MCP resume gráficamente los elementos principales de la formulación y ayuda a lograr una mejor comprensión de las variables implicadas y las relaciones que guardan entre ellas. Debe señalarse que el número de

variables y el tipo de relaciones implicadas en una formulación clínica dificultan la realización de este tipo de resúmenes mediante narrativas, ya que es complejo redactar una formulación. Más adelante volveremos sobre este punto. En la [figura 5.7](#) se ofrece un ejemplo adaptado de Nezu y Nezu (2007) que refleja el caso de un paciente con problemas depresivos.

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

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

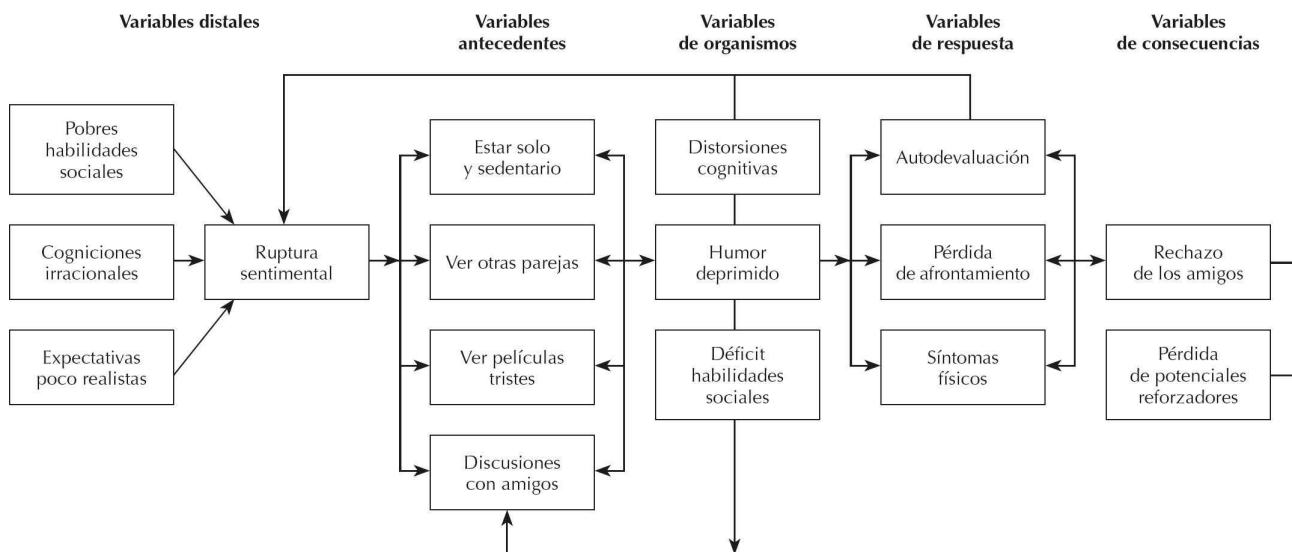


Figura 5.7. Mapa psicopatológico de un caso de depresión.

Fuente: Nezu y Nezu, 2007.

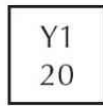
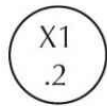
B) Modelo causal analítico funcional (Haynes y O'Brien, 1990)

La línea de trabajo seguida por Stephen N. Haynes en la Universidad de Hawái, y desarrollada en nuestro país por el grupo de la Universidad de Málaga encabezado por Antonio Godoy (Haynes, Godoy y Gavino, 2011), de la que ya se han incluido algunos

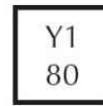
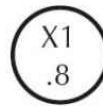
aspectos en el presente volumen, ha desembocado en el desarrollo de una herramienta de construcción y expresión de los modelos de formulación clínica para un caso dado. Los autores proponen la utilización de un instrumento para ayudar a generar y expresar el conjunto de hipótesis que denominamos formulación. Haynes denomina a este procedimiento análisis funcional. Ya se ha comentado cómo, en nuestro caso, preferimos hablar de formulación clínica cuando nos referimos a estrategias generales que engloban toda la información del caso y no solo la de un problema determinado. Haynes y O'Brien (1990; 2000) denominaron a esta herramienta modelo causal funcional analítico. Estos modelos utilizan diagramas de flujo para ayudar a clarificar las relaciones causales y no causales entre las variables implicadas en el análisis funcional. Es, por tanto, un modelo visual que ayuda a organizar toda la información disponible del paciente y expresar todas las hipótesis de forma conjunta en una formulación clínica del caso. Este tipo de modelos, que provienen de los modelos matemáticos causales y de la geometría de vectores, facilitan enormemente los medios para estimar la fuerza de la relación entre las variables antecedentes, consecuentes, covariables, mediadoras y mantenedoras de los problemas. Esto, a su vez, ayuda al clínico a estimar mejor el tamaño del efecto de las distintas intervenciones posibles. En la [figura 5.8](#) se resumen las principales normas propuestas por los autores para el diseño de este tipo de modelos causales.

Como puede observarse, se especifican los tipos de variables implicadas, se distingue entre los niveles de modificabilidad de aquellas que resultan modificables y aquellas otras inmodificables, y se establecen la dirección y la fuerza de la relación hipotetizada entre las variables. Los valores numéricos incluidos en los modelos no son ni probabilidades, ni coeficientes de correlación, ni pesos de regresión, sino estimaciones subjetivas del evaluador que pueden resultar clínicamente útiles a la hora de decidir, en cada caso concreto, sobre qué variable aplicar el tratamiento (Haynes, Godoy y Gavino, 2011). De esta forma, este tipo de modelos puede integrar la mayoría de la información relativa al caso. Para facilitar una mejor comprensión de su utilidad, el grupo de Haynes ha desarrollado una página web que incluye numerosos ejemplos de formulación aplicada a distintos trastornos y personas (se incluye la referencia de la web en el capítulo 8). No pretende ser un manual de psicopatología o una referencia diagnóstica, los autores persiguen solamente el objetivo de ofrecer ejemplos útiles de cómo hacer formulaciones clínicas en distintos casos y problemas. Como ejemplo de esa forma de proceder, se recoge a continuación ([figura 5.9](#)) un ejemplo de formulación facilitado por Haynes (1993) relativo al modelo causal de un adolescente que acude a consulta por problemas depresivos. Independientemente de que el paciente cumpliera los criterios diagnósticos DSM-IV de la depresión mayor, Haynes establece un juego de relaciones entre las variables implicadas que ayudan a entender mejor el caso y diseñar un tratamiento más personalizado.

Importancia del problema y modificabilidad de la variable causal

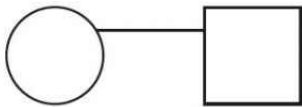


BAJA IMPORTANCIA/MODIFICABILIDAD

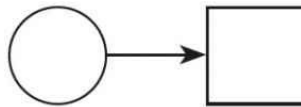


ALTA EFICACIA/MODIFICABILIDAD

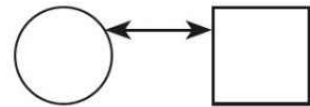
Tipo y dirección de la relación entre variables



CORRELACIONAL NO CAUSAL



CAUSAL UNIDIRECCIONAL

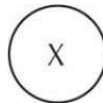


CAUSAL BIDIRECCIONAL

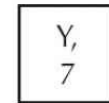
Símbolos básicos



VARIABLE CAUSAL INMODIFICABLE

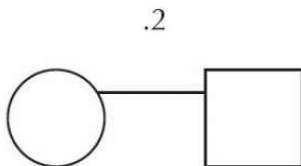


VARIABLE CAUSAL MODIFICABLE
VARIABLE MODERADORA

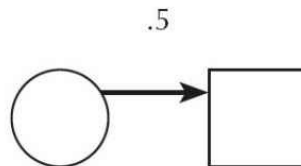


PROBLEMA
EFECTO DEL PROBLEMA

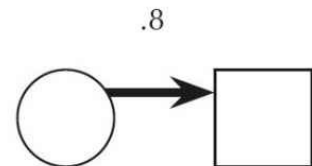
Fuerza de las relaciones entre variables



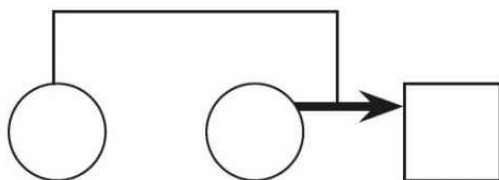
DÉBIL



MEDIA



FUERTE



RELACIÓN MODERADORA

Los coeficientes indican la proporción estimada de varianza compartida por ambas variables. Pueden obtenerse a partir de datos de autorregistro o entrevista.

Figura 5.8. Normas para la realización de diagramas de modelos causales siguiendo el esquema de Haynes (1993).

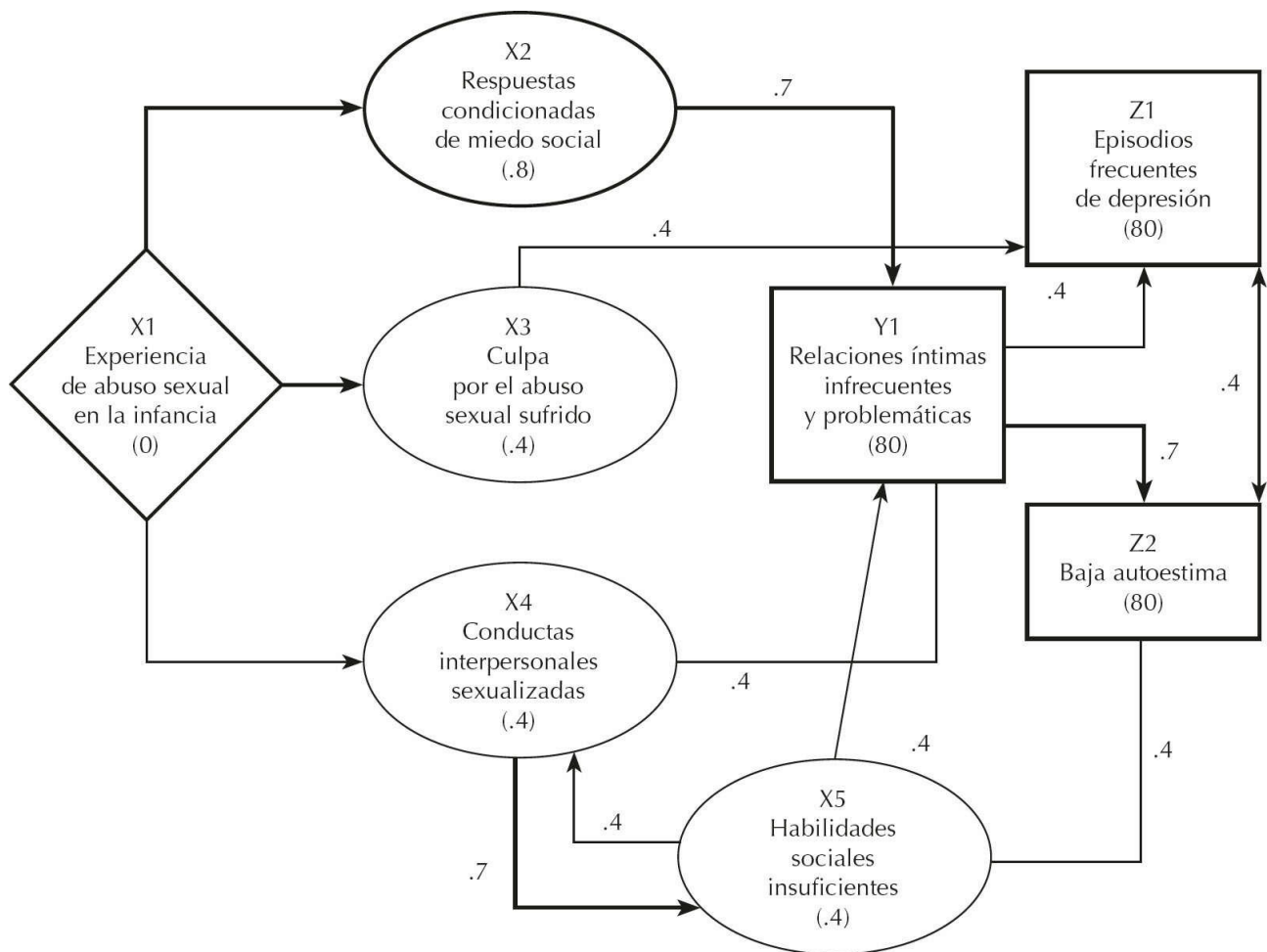


Figura 5.9. Ejemplo de modelo causal analítico funcional de un adolescente aislado, ansioso socialmente y evitador, que se queja de problemas de relaciones personales y depresión.

Fuente: Haynes, 1993.

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

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

5.4. Modelo integrador para la formulación clínica

Como se ha visto en los puntos anteriores, el concepto de formulación clínica del caso ocupa un espectro que se extiende desde la aplicación directa de los modelos explicativos específicos hasta la práctica identificación de la formulación con el proceso global de EPC (Eells, 2015; Persons, 2009). Johnstone (2011) va incluso más allá y conceptualiza la formulación como una actitud que se extiende a lo largo y ancho de toda la relación clínica, y llega a todos los procedimientos y aplicación de técnicas a lo largo del proceso de EPC y del tratamiento. Aunque reconocemos el papel que juega la formulación, incluso como metodología procesual de la EPC, nuestro punto de vista al respecto sigue insistiendo en que la formulación es una parte esencial, pero no única, del proceso de EPC. Y que, de hecho, pueden ponerse en marcha procesos de evaluación que no culminen con una formulación, sino que alcancen solamente el diagnóstico. De la misma manera, los procesos de EPC se extienden más allá de la formulación y de las aplicaciones clínicas.

Considerando lo expuesto en los puntos anteriores y la propia experiencia de los autores en su práctica clínica y de supervisión, a continuación, se presenta un modelo de formulación clínica que pretende servir de guía para la integración e interpretación de la información en los casos clínicos. Siguiendo la pauta del presente manual, el modelo se aborda desde una perspectiva integradora, participativa y tratando de mantener el rigor metodológico.

La formulación se entiende como la integración de la información obtenida hasta el momento en el proceso de EPC (descriptiva y diagnóstica) para la creación de una teoría del caso que pueda explicar y predecir el comportamiento de la persona evaluada en las distintas situaciones estudiadas.

Para conseguir crear la teoría del caso, se define lo que entendemos por formulación clínica, para, posteriormente, ofrecer una visión de las distintas estrategias que puedan resultar útiles para integrar la información descriptiva, diagnóstica y llegar a expresar la formulación del caso en un diagrama del caso que pueda englobar todo lo anterior.

5.4.1. Definición de formulación clínica del caso

Desde nuestro punto de vista, la formulación clínica implica, de acuerdo con Johnstone

(2011), una doble vertiente. Se trata de un proceso y un evento. La formulación consiste en la creación de una teoría del caso clínico (proceso), que se expresa en un diagrama o una narrativa (evento). La formulación clínica debe configurarse como un conjunto de hipótesis contrastadas, expresado de forma narrativa o mediante diagramas de flujo, que ponga en relación toda la información disponible sobre el caso (biológica, psicológica y social) para explicar la etiología, el curso, el mantenimiento actual y el pronóstico del mismo. Y que sirva de herramienta de participación del cliente y de comunicación entre profesionales. De forma más detenida, puede entenderse que un modelo de formulación, al ser una verdadera teoría científica clínica del caso individual, debe cumplir con los requisitos y criterios actuales para este tipo de modelos. Las hipótesis deben considerar los conocimientos acumulados en cada tema y los datos empíricos al respecto, acumular evidencias que las sustenten y ser sometidas a un contraste previo a su aceptación. La creación de dicha teoría debe ajustarse a los criterios metodológicos fundamentales propuestos para la elaboración de teorías científicas. Desde nuestro punto de vista, será conveniente combinar estrategias inductivas e hipotético-deductivas. Entre las primeras, puede destacarse el acercamiento de la *teoría fundamentada* (Grounded Theory; Glasser y Strauss, 1967) como estrategia de creación de teorías a partir de distintas evidencias que se van acumulando y consolidándose en los distintos momentos del proceso de EPC y, muy especialmente, en la formulación. Entre las segundas, la opción más evidente es la de emplear modelos teóricos explicativos específicos (psicopatológicos, problemas, etc.) o generales (teorías globales psicológicas) que encajen con las evidencias acumuladas por el proceso de EPC en cada caso.

Una formulación debe incluir, al menos, algunos aspectos básicos que permitan interpretar la información del caso con ciertas garantías. En la [figura 5.10](#) se indican los más relevantes.

Etiología: al explicar el origen e inicio de los problemas, la formulación debe hacer énfasis y distinguir entre los factores del desarrollo, los de predisposición, los de vulnerabilidad y los posibles desencadenantes.

Curso: en el curso, la hipótesis debe dar cuenta de todos los cambios observados en la historia de los problemas durante las fases descriptivas de la EPC.

Mantenimiento: los modelos de mantenimiento deben explicar el funcionamiento actual del caso y guardar una relación directa con los de origen y curso. Deben integrar datos biológicos, psicológicos y sociales, y ser capaces de reunir toda la información obtenida en los análisis de secuencias y de variables personales y ambientales del análisis descriptivo. Para completar la formulación, debe incluirse la explicación atribucional o narrativa de los problemas que se hace a sí mismo el paciente y los factores personales y sociales que pueden ayudar o entorpecer el cambio.

Pronóstico: la formulación debe permitir realizar una predicción respecto a la evolución futura del problema en caso de no seguir tratamiento y las posibilidades reales de intervención sobre la base de la investigación empírica y de las circunstancias personales del paciente. Esta predicción (pronóstico) debe incluir tanto la evolución con los factores actuales de funcionamiento como la identificación de aquellos factores que pueden producir una mejoría o un empeoramiento espontáneos del problema.

Figura 5.10. Aspectos básicos de una formulación clínica.

Fuente: Muñoz, 2003; 2008.

La formulación es un proceso dinámico que implica la participación del paciente o cliente y, quizá, de otros profesionales. Yendo por partes, debe indicarse que el proceso de formulación tiene que implicar al cliente de modo que se promueva la participación y se favorezca la alianza y el compromiso con el cambio por parte de la persona. Variables todas ellas favorecedoras, si no responsables, de una parte importante del cambio terapéutico. De forma paralela, el evaluador podrá implicar a otros profesionales en el proceso de formulación clínica; cuanto más participativa sea la formulación, mayor probabilidad habrá de recoger una visión completa del caso. De cualquier forma, una vez que se consiga una formulación razonablemente completa, debe devolverse al cliente por distintos motivos: por requisitos legales (consentimiento informado) y de ética profesional, para ayudar a modificar las narrativas del caso que pueda haber generado el propio paciente de forma desadaptativa, para favorecer el compromiso del cliente, o para fortalecer la alianza terapéutica, entre otros.

Una vez aceptada por el cliente, se procede a la planificación del tratamiento, intentando implicar al máximo a la persona y su entorno y en la puesta en marcha del mismo. Debe destacarse el hecho de que la formulación es dinámica y cambia con el tiempo y con los cambios ocurridos en el contexto o en la persona. Por ejemplo, el propio tratamiento introduce cambios que tienden a modificar las formulaciones de forma sensible. De la misma forma, por muy bien que hayamos trabajado y mucho cuidado que hayamos puesto en la redacción de la formulación, nadie está libre de cometer errores. En todas esas circunstancias será necesario reformular los casos en algún momento de la intervención. Hemos preferido incluir el comentario acerca de la reformulación de casos en el último capítulo, junto a la evaluación durante el tratamiento, momento habitual en el que se suele identificar la necesidad de realizar una revisión posterior, para facilitar una mejor comprensión del proceso.

Una vez definida lo que es una formulación clínica del caso, resulta necesario proceder a facilitar algunas claves instrumentales de cómo se construye y se expresa la formulación.

5.4.2. Integrar la información descriptiva: análisis de los problemas

Siguiendo el esquema propuesto en el presente manual, llega un punto en el proceso de EPC en el que se dispone de un cúmulo importante de información descriptiva que incluye la lista de problemas, el esquema de las secuencias para cada problema, una noción sobre el desarrollo seguido por cada uno de los problemas y los valores de las principales variables personales y contextuales implicadas. En este momento, muy probablemente, contamos con un diagnóstico bastante ajustado a la realidad del caso. En este momento, percibimos la utilidad de contar con hipótesis más globales que puedan poner en relación todos los acontecimientos implicados y nos ayuden a llegar a una

visión molar del caso. Es decir, ha llegado la hora de pasar a realizar el análisis funcional de cada problema y la posterior integración de los problemas en una formulación. De acuerdo a la terminología propuesta, el análisis funcional de los problemas debe llegar a explicar el origen, el curso y el funcionamiento actual de cada problema de forma independiente, a la vez que debe permitir hacer un pronóstico sobre la evolución de los mismos. En este sentido, nos vamos a concentrar en la necesidad de contar con una hipótesis de origen y otra de mantenimiento para cada uno de los problemas. En este nivel de análisis del proceso de EPC, la aportación teórica más relevante no es la de los modelos psicológicos de los trastornos, que se ajustarán mejor a la formulación del caso, ya que pocas veces llegan a un nivel de especificación tan concreto, sino la de los principios y leyes generales que afectan a la dinámica del funcionamiento psicológico y social. Entre ellas, pueden destacarse la teoría del aprendizaje social, la psicología de la emociones, la psicología del desarrollo, el funcionamiento de los procesos cognitivos básicos, la psicología social y, en definitiva, todo el conocimiento acumulado por la psicología y las ciencias afines sobre el funcionamiento psicológico del ser humano. En definitiva, se trata de identificar los tipos de procesos biológicos, psicológicos y sociales implicados en cada problema y las relaciones entre las variables presentes en los mismos. Para conseguir este objetivo, como se ha dicho, no existen normas ni procedimientos tipificados que seguir, pero pueden hacerse algunas recomendaciones que han resultado útiles en la práctica clínica. A continuación se resumen algunas de las que nos han resultado más eficaces en nuestra práctica, empleadas tanto para las variables de mantenimiento como para las etiológicas y de curso.

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

- Recomendamos llevar a cabo una *lectura y observación detallada de los esquemas y representaciones de las secuencias*. Es mejor organizar la información por escrito y de manera gráfica, de modo que se pueda tener presente toda la información a la vez. No debe confiarse en una representación cognitiva de la misma, generalmente la formulación de hipótesis en un caso clínico implica el manejo simultáneo o paralelo de más datos que los que puede procesar el sistema cognitivo humano. Una buena representación gráfica puede ayudar mucho en este momento.
- Siempre es muy útil llevar a cabo un estudio detenido de los *parámetros y relaciones de contingencia* observados. De hecho, el establecimiento de una relación de contingencia entre dos acontecimientos nos obliga, necesariamente, a buscar algún tipo de relación entre ellos. Se trataría, en este momento, de especificar qué tipo de relación mantienen de acuerdo a las comentadas anteriormente. Igualmente, los cambios observados en la frecuencia, intensidad o duración en la aparición del problema deben tener alguna relación con la

aparición, o no, de otros acontecimientos potencialmente relacionados con los problemas.

- Se hace imprescindible iniciar un *análisis de la evolución del problema* que nos permita identificar relaciones funcionales. Debe atenderse a los sucesos vitales estresantes sufridos, a los tratamientos previos, a las mejorías y recaídas, y en general, a cualquier covariación de sucesos y problemas.
- Debe acometerse la *identificación de variables*. La identificación de una variable y sus distintos niveles de funcionamiento en una secuencia determinada, o en la información general del caso, siempre debe aportar información para la formulación de hipótesis. Una vez identificada una variable y sus niveles, debe buscarse su papel funcional de acuerdo a las especificaciones sobre este tipo de relaciones mencionadas.
- No podemos dejar de considerar que las variables personales y sociales muchas veces tienen *áreas* de intersección muy relevantes. Por ejemplo, la discriminación que sufre una persona por el hecho de tener un diagnóstico de enfermedad mental puede funcionar de distinta manera si la persona es una mujer, de origen subsahariano y que sufre una discapacidad sensorial. Es decir, en las formulaciones se debe potenciar una visión de interseccionalidad entre algunas de las principales variables de cada caso.
- Dejamos para el último lugar el análisis más complejo, la identificación de los procesos biológicos, psicológicos y sociales implicados en el problema. Se trata de hacer un rastreo de los posibles procesos que puedan estar actuando en las secuencias, o en el problema en general. Ingram (2006) realizó un esfuerzo de confluencia entre escuelas y propuso una lista de las veintiocho principales hipótesis centrales a considerar en una formulación clínica, incluyendo hipótesis de los principales acercamientos psicológicos. Siguiendo esta iniciativa, Muñoz (2008) amplió la lista incluyendo las cuarenta principales hipótesis centrales que considerar para la formulación clínica cognitivo-conductual ([cuadro 5.4](#)). No se trata de proponer un modelo teórico integrador (algo todavía difícil de conseguir), sino una lista de comprobación (*checklist*) que el evaluador pueda emplear al integrar la información de los casos clínicos en los análisis funcionales y, finalmente, en los modelos de formulación.

Cuadro 5.4. *Las cuarenta principales hipótesis en la formulación clínica*

<i>Dominios</i>	<i>Cuarenta principales tipos de hipótesis</i>
Factores biológicos	• Causas biológicas • Uso de sustancias • Intervenciones médicas
Historia personal	• Aprendizaje temprano e historia de aprendizaje • Modelos familiares • Historia de los problemas

Crisis, situaciones estresantes y transiciones	• Emergencias • Estresores situacionales o traumáticos • Transición en el desarrollo • Pérdidas y duelos
Modelos conductuales y de aprendizaje	• Antecedentes y consecuentes • Condicionamiento operante • Respuestas emocionales condicionadas • Déficits o pérdidas de habilidades • Encadenamientos • Respuestas impulsivas o agresivas
Modelos emocionales y psicofisiológicos	• Problemas de regulación emocional • Patrones de respuesta alterados o respuestas desajustadas (exageradas o deficitarias)
Modelos cognitivos	• Problemas en procesos básicos: memoria, lenguaje, percepción, atención, etc. • Expectativas utópicas • Problemas de estructura cognitiva: esquemas, reglas, creencias, narrativas, etc. • Problemas de procesamiento cognitivo: sobregeneralización, todo o nada, etc. • Problemas atribucionales: de respuestas fisiológicas, de responsabilidad, etc. • Diálogo interno disfuncional: autoinstrucciones • Ideas recurrentes
Modelos de personalidad	• Déficit de habilidades sociales • Déficit de solución de problemas • Estilos de afrontamiento, fortalezas, etc.
Modelos existenciales y espirituales	• Problemas existenciales (sentido de la vida) • Evitación de la libertad, la autonomía personal y la responsabilidad • Dimensión espiritual (creencias, fe, etc.)
Factores sociales, culturales y ambientales	• Sistema familiar • Relaciones personales disfuncionales • Contexto cultural (estigma social, aculturación, etc.) • Apoyo social y soledad • Ejecución de roles sociales • Un problema social es la causa • Rol de paciente, estigma internalizado • Factores ambientales: sobrecargas, etc. • Estresores cotidianos

A esta lista de potenciales procesos implicados, puede añadirse un segundo grupo proveniente de los propios modelos psicopatológicos. Aunque este tipo de modelos suelen funcionar mejor en el nivel de la formulación, debido al tipo de variables y procesos que suelen implicar, en ciertas ocasiones presentan descripciones de procesos tan específicas que las hacen susceptibles de ser identificadas en el análisis funcional de un problema dado. Es importante reseñar que el ajuste entre los datos actuales y el modelo no debe inferirse *a priori*, sino que deben contrastarse los puntos esenciales del

modelo con los del caso, antes de generar las hipótesis. En esta misma línea, aunque es prácticamente imposible que los problemas de un caso clínico publicado coincidan plenamente con los problemas de nuestro paciente, un amplio conocimiento de la literatura sobre casos clínicos puede ayudar a identificar algunos de los problemas de este con los sufridos por otras personas. En muchas ocasiones, esta es una excelente fuente de hipótesis que ayuda a complementar la labor realizada por otros medios.

En definitiva, debemos ser capaces de generar un conjunto de hipótesis para cada uno de los problemas del cliente. Hipótesis que deben acumular evidencias que las sustenten y, llegado el caso, ser sometidas a contraste. Dado que las estrategias de acumulación de evidencias y contraste de hipótesis son comunes para el análisis funcional de los problemas y la formulación clínica del caso, se detallan más adelante.

Nuestra experiencia clínica y de formación de psicólogos en los últimos años parece indicarnos que una estrategia útil para conseguir cumplir estos objetivos puede ser la de emplear los mapas psicopatogénicos de Nezu (2007) como herramienta de integración de información. Dichos mapas incluyen la integración de información proveniente de la lista de problemas, las secuencias (antecedentes, respuesta, consecuentes) y la información proveniente de las variables de la persona (personales), y las combinan con la información proveniente de la historia de los problemas (variables distales) para formar un solo esquema (mapa psicopatogénico).

La información relacionada con el diagnóstico puede incluirse en las propias variables de respuesta (síntomas-criterios) y en las variables distales (etiopatogenia). De tal modo que, para ajustarse al esquema propuesto en el presente manual, solamente restaría por añadir una columna más para incluir las variables sociales o contextuales. Queda un esquema que incluye variables del tipo:

DESARROLLO - ANTECEDENTES - PERSONA - CONDUCTA - CONSECUENCIAS - SOCIALES

Dicho esquema se aplica a cada problema para conseguir un mapa de funcionamiento de cada uno. Mapa que combina la hipótesis de origen con la de mantenimiento para cada uno de los problemas. Como se verá más adelante, la combinación de dichos esquemas podría ser el punto de partida para la configuración de la formulación clínica.

5.4.3. Integrar la información diagnóstica

El segundo nivel de integración incluye todo lo relacionado con el diagnóstico o los problemas de la persona. Los diagnósticos actuales implican unos criterios diagnósticos explícitos, unos modelos psicopatológicos y unos tratamientos basados en la evidencia que permiten diseñar formulaciones con apoyo en la evidencia. Se trata de aplicar la visión de Persons (2007) y Eells (2015) respecto a la forma de integrar el diagnóstico en la formulación clínica y ampliarla a otros posibles problemas que, sin coincidir con ningún diagnóstico, afectan a la persona, y de los que se disponga de información basada

en la evidencia. Por ejemplo, los casos de maltrato con frecuencia no llegan a producir problemas que encajen en los diagnósticos al uso. Sin embargo, disponen de criterios objetivos de definición del maltrato impartido o recibido; de modelos explicativos del funcionamiento de la violencia familiar y de género; y de programas de intervención con apoyo de evidencia. Por tanto, a este tipo de problemas se les podría aplicar los mismos métodos y estrategias que se proponen para el diagnóstico.

Para afrontar esta integración, quizá el acercamiento instrumental más claro y preciso sea el de Schulte (1997), que relaciona los distintos momentos del proceso de evaluación con los distintos elementos relacionados con el diagnóstico, uniendo estrategias idiográficas (análisis funcional, formulación y tratamientos personalizados) y nomotéticas (diagnóstico, modelos psicopatológicos y tratamiento de manual) en el proceso de EPC. En la [figura 5.11](#) se ofrece un esquema de las relaciones entre estrategias nomotéticas e idiográficas en el proceso de EPC.

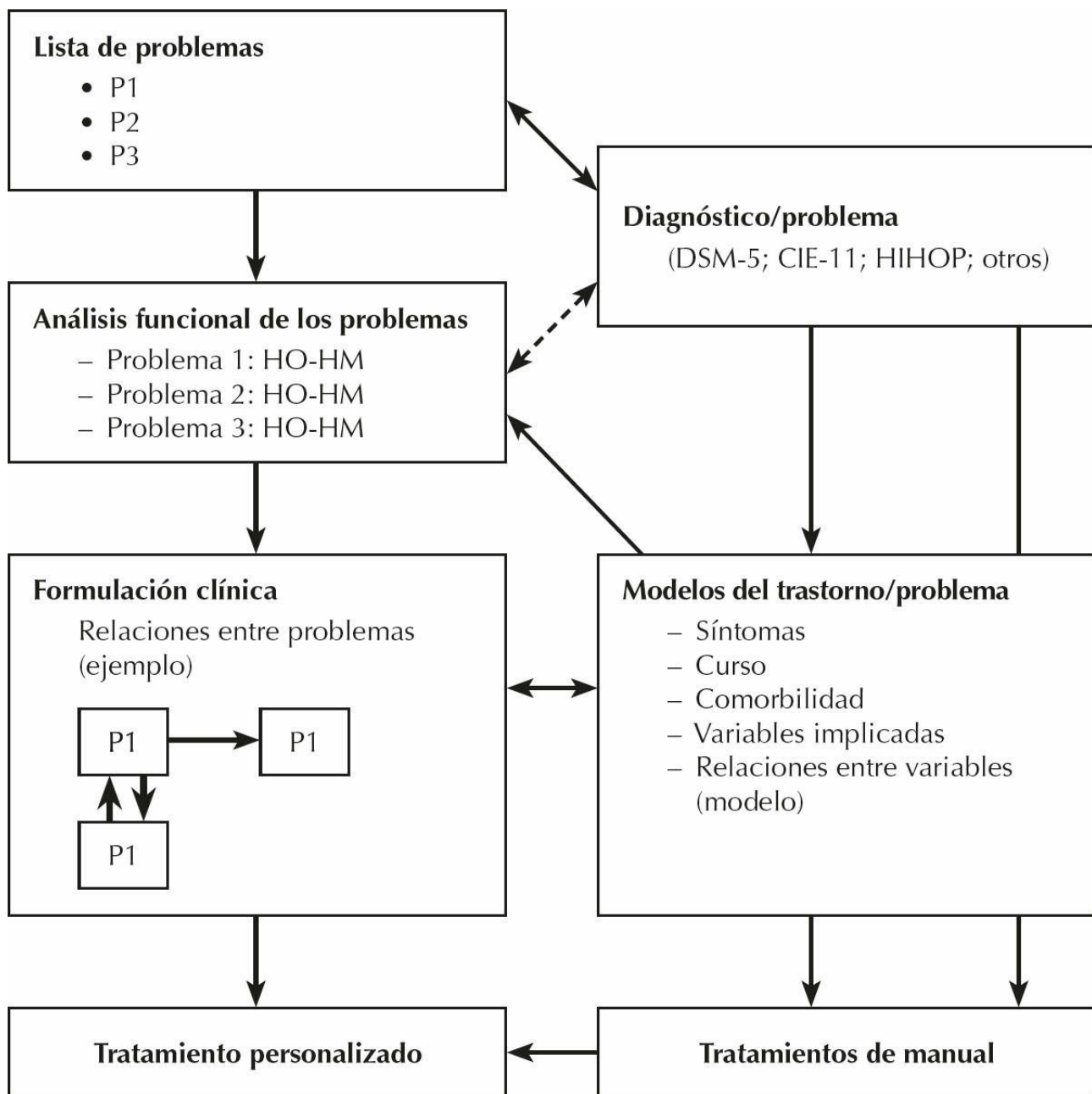


Figura 5.11. Esquema de las relaciones entre estrategias nomotéticas e idiográficas en el proceso de EPC.

Siguiendo las orientaciones de Schulte (1997; 2002), Persons (2007) y Eells (2015), durante los primeros momentos de la EPC el psicólogo debe hacer un esfuerzo por buscar descripciones y tratar de encontrar un diagnóstico de referencia (anclaje en la terminología de Persons) que sirva para empezar a orientar la formulación y el tratamiento. Nuestra propuesta amplía el espectro a problemas de referencia (o anclaje) que engloben los ámbitos principales de problemas de la persona. Con ese diagnóstico o problema completamos la búsqueda de información descriptiva y comenzamos a hacer los análisis funcionales de cada problema, como se ha visto en el apartado anterior.

Los modelos teóricos explicativos (apoyados por la evidencia) del diagnóstico o problema en cuestión nos servirán para relacionar los datos de nuestro cliente, con los provenientes de los modelos teóricos. Generalmente, se trata de personalizar los modelos. Tanto Eells (2015) como Johnstone (2011) son muy insistentes en la conveniencia de combinar distintos modelos en este momento. Es decir, sería adecuado utilizar varios modelos que puedan ofrecernos distintas perspectivas sobre el caso y tratar de individualizarlos. Por ejemplo, a la hora de formular un caso de una mujer que sufre una posible depresión posterior a una separación de pareja en la que sufría maltrato. Podríamos combinar modelos cognitivos que nos expliquen las atribuciones de la persona con modelos interpersonales que nos ayuden a integrar aspectos del duelo y de los cambios de rol, y con modelos conductistas que nos aclaren el efecto de la pérdida de recompensas sociales. Todo ello, encajado en un esquema feminista de violencia de género que nos facilitara la integración de los sentimientos de desamparo y victimización de la paciente.

Como se verá en el [capítulo 7](#), lo mismo podríamos hacer con el diseño del tratamiento: no aplicar ninguno de los programas completos, sino algún tipo de combinación personalizada para nuestro paciente.

5.4.4. Integrar toda la información: formulación clínica del caso

Finalmente, llegamos al punto de integración molar de toda la información del caso clínico. Para tratar de exponer de la forma más clara posible la forma de proceder que encaje mejor con lo defendido hasta ahora en este texto, a continuación, se detallan las principales *estrategias* aplicables para llegar a un *diagrama* de formulación clínica del caso.

A) Estrategias de formulación clínica

Se puede abordar este momento con distintas estrategias que varían de una menor a una mayor integración y personalización de la información del caso. Como ya se ha avanzado, a la hora de buscar una explicación (y aplicar un tratamiento) para los problemas del paciente, pueden emplearse estrategias nomotéticas, *guiadas por los datos* (diagnóstico –modelos psicológicos– terapias de manual) e idiográficas, *guiadas por la persona* (análisis funcional-formulación-tratamiento personalizados). Desde nuestro punto de vista, la mejor opción será la de combinar ambos grupos de estrategias para conseguir formulaciones más útiles y tratamientos más eficaces que provoquen mayor satisfacción y bienestar en las personas. En el [cuadro 5.5](#), se organizan las principales estrategias que pueden seguirse a la hora de abordar una formulación clínica.

Cuadro 5.5. Estrategias de formulación clínica

		Nomotéticas Guiado por el problema ¿Hay uno o varios modelos explicativos del problema principal? (Diagnóstico o problemas)	
		SÍ	NO
		Modelos explicativos específicos (psicopatológicos, problemas, etc.)	Modelos psicológicos globales (teorías del aprendizaje, motivacional, de las emociones, etc.)
Idiográficas Guiado por la persona	Sin formulación Nivel 1: No personalizado	Formulación implícita o explícita con un solo modelo específico	No formulación
	Modelos de formulación generales Nivel 2: Moderadamente personalizado	Formulación explícita con modelos generales Combinación de modelos explicativos específicos y globales con el análisis de los problemas	Formulación explícita con modelos generales Combinación de modelos globales con el análisis de los problemas
	Modelos de formulación instrumentales Nivel 3: Altamente personalizado	Formulación explícita con modelos generales e instrumentales Combinación de modelos explicativos específicos y globales con el análisis de los problemas utilizando modelos de formulación instrumentales	Formulación explícita con modelos generales e instrumentales Combinación de modelos globales con el análisis de los problemas utilizando modelos de formulación instrumentales

Como se observa en la tabla, las estrategias nomotéticas comienzan por distinguir si, para el diagnóstico o problema de referencia de la persona, la psicología dispone de modelos explicativos específicos basados en la evidencia (psicopatológicos, sociales, etc.) que hayan descrito las variables implicadas y sus relaciones en el tipo de problema específico que estemos abordando.

En el primer caso, se dispone de modelos explicativos específicos, estos se pueden aplicar de distinto modo a la formulación. Yendo del nivel de menor a mayor personalización. En el nivel más bajo, no se lleva a cabo una formulación explícita, el psicólogo aplica directamente un tratamiento de manual basado en un modelo explicativo que queda implícito en la intervención. Incluso en este caso, nuestra propuesta es que el tratamiento de manual deberá personalizarse para ajustarlo a las circunstancias concretas de cada persona. En un segundo nivel de personalización, el psicólogo puede combinar los datos personales que provienen del proceso de EPC seguido hasta el momento (expresados en los análisis funcionales y mapas

psicopatogénicos de cada problema), con los de los modelos explicativos. Se hace una formulación explícita que parte de alguno de los modelos explicativos (el del diagnóstico o problema de referencia) e integra los datos personales nacidos del proceso de EPC (este es el nivel más recomendado para los que se inician en la práctica clínica, ya que integra de forma asequible ambos tipos de estrategias y también facilita el diseño de los tratamientos con base en la evidencia). En el tercer nivel, algo más complejo, se integran los mismos tipos de datos provenientes de ambos tipos de estrategias, pero se hace de modo más flexible, empleando estrategias instrumentales para crear el modelo de formulación. Se trata de crear diagramas y narraciones que integren todos los datos.

En el segundo caso, si la psicología no dispusiera de modelos específicos para el problema en cuestión (por ejemplo, en el momento de escribir este manual, no se conocen modelos teóricos explicativos del autismo en la edad adulta), se recurrirá a acercamientos psicológicos más globales (teoría de la personalidad, del aprendizaje, del desarrollo, etc.) que nos puedan ayudar a entender los problemas de la persona. Obviamente, esta segunda opción implica un mayor esfuerzo intelectual por parte del evaluador ya que dispone de un menor número de referencias teóricas que le puedan guiar. En el primer nivel de personalización, resulta muy difícil encontrar tratamientos que se puedan aplicar de modo general a los problemas de las personas sin ningún tipo de diagnóstico o explicación. Se trataría de tratamientos que se aplican a cualquier persona, independientemente de sus problemas (cursos de *mindfulness* de fin de semana, relajación, meditación, etc.).

Esta alternativa nos sitúa ante una mala praxis profesional y debe evitarse y, si llega el caso, perseguirse legalmente para su eliminación. En este punto puede hacerse una reflexión respecto a las pseudoterapias: es evidente que existen propuestas pseudoterapéuticas sin ningún fundamento y de las que incluso se dispone de pruebas del malestar que pueden llegar a producir. Sin embargo, en muchos casos, parece que el hecho de que una técnica caiga o no en el campo de la pseudoterapia quizá dependa más de la forma de aplicación que de la técnica en sí misma. Es decir, una técnica puede ser beneficiosa, ineficaz o dañina dependiendo de la forma de aplicación. En este sentido, el proceso de EPC garantiza la aplicación de las técnicas en los mejores supuestos y condiciones posibles para cada persona y situación.

En el segundo y tercer nivel de personalización, se combinan los datos provenientes del caso con los de modelos explicativos generales, teorías, leyes, procesos fundamentales, etc., de la psicología. Y en función de la formulación generada, se diseñan tratamientos personalizados. Es una opción posible, pero precisa de evaluadores altamente especializados que puedan integrar teoría básica psicológica con variables personales del caso sin la ayuda de modelos más específicos.

Este acercamiento puede ayudar también a explicar las disparidades en los estudios sobre la utilidad de la formulación, frente al diagnóstico. Mientras que, en el caso del diagnóstico y la terapia de manual, la homogeneidad es muy alta (y la formación requerida menos exigente), en el caso de la formulación clínica, puede haber distintos niveles de integración y de dificultad que maten los resultados. Siendo así, no existe

una alternativa mejor que otra, las distintas alternativas se ajustan mejor a cada caso y evaluador. De ahí, nuestra propuesta de emplear niveles de personalización uno, dos o tres en función del caso que tengamos delante, del nivel de evidencias y desarrollo alcanzado por la investigación en los problemas abordados, y de la propia experiencia y formación del psicólogo. Combinando todo ello, estamos seguros de que el evaluador acertará al decantarse por los distintos niveles en cada caso y con cada persona.

B) Diagramas de formulación clínica

Aunque la formulación puede expresarse de distintas maneras narrativas o en diferentes tipos de esquemas, en el presente manual hemos optado por proponer una versión modificada de los diagramas analítico-funcionales de Haynes (Haynes y O'Brien, 2009; Haynes, Godoy y Gavino, 2011), y ya empleada por el primer autor en trabajos anteriores (Muñoz, 2003; 2008) como mejor opción para integrar la información. Se trata de proceder a la elaboración de diagramas de flujo que permitan integrar toda la información del caso (origen y mantenimiento), pero que no precisen de la complejidad matemática de los propuestos por Haynes, difícilmente aplicable en la clínica cotidiana. La lista de problemas, las descripciones y esquemas de secuencias, los análisis funcionales de cada problema elaborados mediante los mapas psicopatogénicos, la línea de vida y los modelos explicativos del diagnóstico o problema de referencia son puntos de apoyo muy útiles para el inicio de la construcción del modelo de formulación, que habrá de completarse con la inclusión de las variables de la persona y del contexto. De este modo, se combinan los aspectos nomotéticos de los modelos explicativos psicopatológicos o psicológicos con los idiográficos de la información propia del paciente individual, para conseguir una integración que permita elaborar una teoría del caso que resulte útil para todos los objetivos de la formulación clínica.

Este tipo de modelos suponen una herramienta útil y del máximo interés en el desarrollo de las formulaciones clínicas. A diferencia de la mayoría de los demás modelos de formulación revisados, la propuesta actual no proviene de ninguna teoría psicopatológica concreta, sino de un enfoque metodológico que trata de buscar y establecer relaciones causales entre las distintas variables implicadas en cada caso y sustentarlas con la mayor evidencia posible. Se utilizan todos los datos disponibles sobre el caso y se emplean todas las estrategias de evaluación que puedan aportar algún dato útil, obviamente con énfasis en las más empíricas, pero sin establecer una exclusividad de estas. Los modelos admiten todo tipo de variables y relaciones, no solamente lineales. El modelo (la formulación) es dinámico y no exclusivo. Es decir, la formulación debe ajustarse a los cambios que van ocurriendo en la vida de la persona y a los nuevos conocimientos que se vayan adquiriendo sobre el caso y, a la vez, debe admitirse que un modelo de formulación puede ser útil sin necesidad de ser exclusivo. La formulación así obtenida no tiene que ser única, distintos evaluadores podrían llegar a formular un caso dado de la misma forma, pero esto no es imprescindible para garantizar la efectividad de los tratamientos, debe primar el principio de utilidad sobre el de coincidencia entre

evaluadores.

Siguiendo a Haynes, el modelo se construye en forma de un diagrama de flujo de acuerdo a las siguientes normas básicas para la construcción de los esquemas ([figura 5.12](#)):

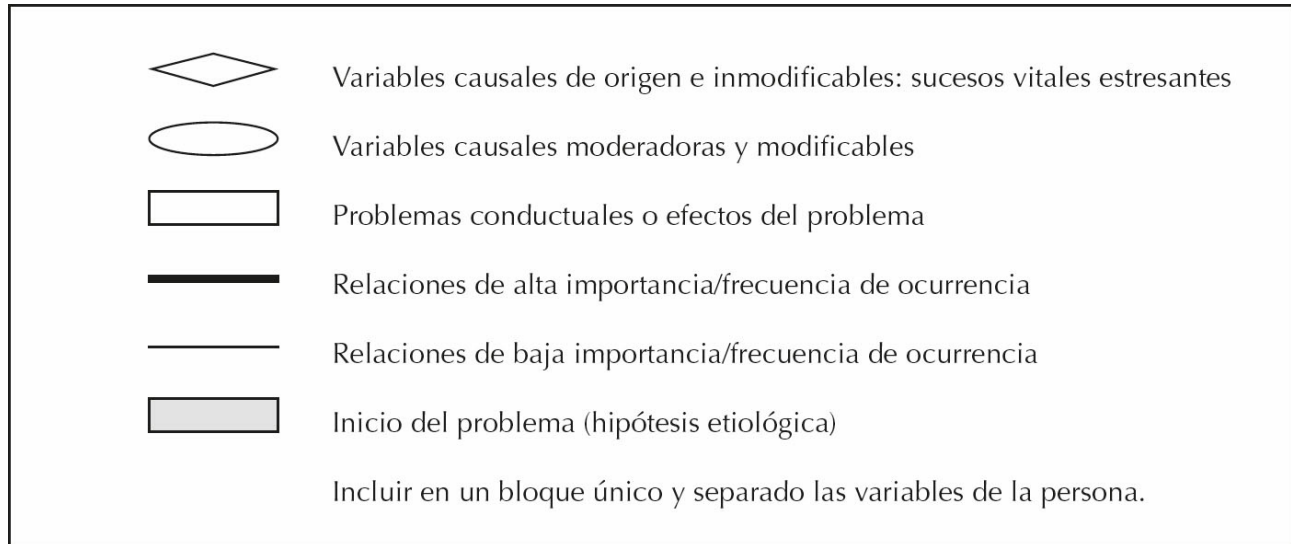


Figura 5.12. Tipos de símbolos para la construcción de diagramas de flujo en los modelos funcionales.

En el caso clínico se presenta un ejemplo de modelo de formulación que se ajusta a las normas indicadas ([figura 5.12](#)).

De esta forma, a lo largo del análisis funcional se desarrollan las hipótesis etiológicas y de mantenimiento para cada problema para terminar construyendo, de forma participativa, la formulación clínica como un sistema de hipótesis (teoría del caso) por el cual se integran todos los problemas del paciente en un solo modelo explicativo que puede utilizar una o más categorías diagnósticas.

En la formulación se implicarán distintos agentes, por supuesto el propio evaluador, pero también el cliente y otros agentes sociales (profesionales, familiares, etc.), que puedan aportar información o beneficiarse del proceso. La participación del cliente en el proceso de formulación y, sobre todo, el contraste del diagrama de formulación en la entrevista de devolución de información (se aborda en el [capítulo 7](#)) son elementos que, por una parte, favorecen la empatía y nos ayudan a entender mejor la perspectiva del cliente y, por la otra, ayudan a la persona a comprender mejor su problema, sin etiquetas estigmatizantes y con mayores elementos de apoyo al cambio y la alianza terapéutica. Además, es un muy buen momento para la obtención del consentimiento informado por parte del paciente para poder emprender la intervención con total garantía deontológica y, otra vez, favorecer la alianza terapéutica y la implicación y compromiso con el proceso de cambio que se inicia. Lo mismo ocurre con los familiares y otros agentes sociales implicados en el caso: la formulación facilita su participación sin aumentar los

elementos de estigmatización y victimización que pueden producir los diagnósticos psiquiátricos. Por su parte, el compartir la formulación con otros profesionales es un elemento comunicativo de gran relevancia, con mucha mayor fuerza explicativa que el mero diagnóstico.

Finalmente, podemos señalar, siguiendo a Kuyken (2006), una serie de recomendaciones basadas en la evidencia para hacer formulaciones *razonablemente buenas*. Son las siguientes:

1. Hacer formulaciones provisionales.
2. Tener en mente formulaciones alternativas.
3. Proveernos de pruebas adecuadas para la formulación (experimentos conductuales, etc.).
4. Triangular nuestras hipótesis, comprobarlas con el cliente, con la red social del cliente (familia, personas con las que convive, etc.), supervisores del caso e instrumentos estandarizados (test psicológicos).
5. Ser sensible a aquellos factores que pueden influir en nuestro juicio (por ejemplo, dificultad del caso, experiencia profesional previa, presión temporal, etc.).
6. Justificar la formulación a través de notas del caso o consultas con un supervisor.
7. Seguir acercamientos basados en la evidencia manualizados.
8. Seguir directrices de actuación actualizadas.
9. Formular utilizando la mejor información teórica y de investigación disponible en cada momento.

Una vez conseguido un diagrama o una narrativa de formulación suficientemente completa, será el momento de reunir las evidencias que puedan apoyar nuestra teoría del caso.

5.5. La acumulación de evidencias y el contraste de las hipótesis

A lo largo de todo el texto, se ha ido colocando el eje de la calidad del proceso de EPC en la acumulación de evidencias y el sometimiento a contraste de las hipótesis funcionales y de formulación. Finalmente, hemos llegado al punto en que debe abordarse qué evidencias sustentan nuestras hipótesis y la forma de realización del contraste de las mismas. Para muchos lectores puede que este sea uno de los puntos más problemáticos del proceso de EPC; si bien enseguida van a poder ver que la dificultad no es tanta y que, como muchas cosas en la vida, se trata de un problema de técnica que puede resolverse de forma relativamente sencilla si se dispone de la metodología adecuada. De acuerdo con los estándares (APA, 2014), la validación de un proceso de EPC puede ser vista como el desarrollo de un argumento de validez (hipótesis) científicamente apoyado que ofrezca soporte a las interpretaciones de las puntuaciones de la información obtenida durante el proceso y su relevancia para el uso que se pretende. La decisión sobre qué

tipos de evidencia (contenido, respuestas, estructura interna, relaciones o consecuencias sociales) son importantes en cada caso puede aclararse a partir del desarrollo de un conjunto de proposiciones que apoyen la interpretación propuesta.

En primer lugar, hay que señalar, siguiendo a Wolpe y Turkat (1985), que el juego de generación de hipótesis y contraste de las mismas comienza en la exploración inicial y se mantiene a lo largo de todo el proceso de EPC. Johnstone (2011) va más allá y conceptualiza la formulación como una actitud que implica la construcción de una teoría desde el inicio de la relación clínica y se extiende hasta el final del tratamiento. Es decir, hablamos más de un grupo de herramientas que empleamos en cualquier momento en que tengamos que comprobar la calidad de una hipótesis, que de una fase del proceso de EPC diferenciada de las demás. Siendo así, es verdad que llega un momento en el que nuestras hipótesis de trabajo comienzan a ser más globales y a configurarse en una formulación clínica. Son estas últimas hipótesis las que llaman nuestra atención en este momento.

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

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

En cualquiera de los casos, en el contraste de hipótesis nos acercamos a la metodología habitual de las ciencias sociales y de la psicología en particular, y observamos dos tipos de estrategias básicas: experimentales y correlacionales. Hace ya más de veinticinco años, Lee Cronbach (Cronbach, 1975) nos advertía del camino

abierto más allá de las dos disciplinas de la psicología científica. Lo que nos quería decir Cronbach en aquella magistral conferencia es que la psicología (y la EPC, por tanto) debe combinar ambas estrategias en su labor de investigación y, también, en su labor de evaluación. En esta línea metodológica, incluimos a continuación estrategias experimentales, semiexperimentales y correlacionales de contraste de hipótesis aplicables en los casos clínicos en su contexto natural. Estrategias que, aplicadas correctamente, pueden garantizar la calidad del proceso de EPC y ayudar a mejorar la utilidad de la evaluación en el proceso clínico global.

5.5.1. Contraste experimental y cuasiexperimental

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

En general, puede utilizarse este tipo de estrategias para la validación de hipótesis sencillas, pero su dificultad hace que sea más económico plantearlas al final de la formulación para validar las hipótesis más complejas y más definitivas, de las que habitualmente ya se dispone de información convergente. En algunas ocasiones puede emplearse también para contrastar aquellas hipótesis para las que todas las demás alternativas de contraste han fallado al intentar conseguir información relevante.

La utilización de este tipo de estrategias hace aumentar la validez de constructo, de la hipótesis, la más importante en cualquier tipo de evaluación. Es también por ello que cuanto más global sea la hipótesis contrastada, mayor alcance tiene la interpretación de los datos que estamos proponiendo.

Los tipos de semiexperimentos clínicos a que se refiere este modo de contraste no son tan complejos como pudiera parecer y, en muchas ocasiones, ya se han llevado a cabo en la vida de los pacientes. Basten dos ejemplos; pensemos en una persona que se

queja de dolores de espalda. Nuestra primera hipótesis es que pueden deberse a tensiones musculares mantenidas ante situaciones problemáticas. Una prueba de contraste puede ser la de realizar una sesión de registro psicofisiológico que presente alguna de las situaciones problemáticas y alguna menos difícil, el registro debe mostrar diferencias en tensión muscular entre las respuestas a ambas situaciones. Igualmente, es muy posible que la persona hubiera seguido previamente un tratamiento médico; si ese tratamiento incluyó miorrelajantes, entonces debió de tener un éxito inicial, al relajar el grupo muscular, y una recaída posterior al adaptarse los receptores del mismo grupo neuromuscular (vemos cómo la información histórica acerca del caso puede ser también de gran utilidad en este punto).

En el segundo caso, nuestra formulación nos lleva a pensar que un adolescente dispone de muy pocas habilidades sociales para iniciar conversaciones y eso lo mantiene apartado de sus compañeros de clase, lo que crea un problema de aislamiento y desadaptación escolar. ¿Sería tan difícil planificar una situación en nuestra propia sala de espera en la que el joven se encuentre con otros adolescentes desconocidos para él y observar qué ocurre? Probablemente, no.

Esta respuesta es muy contundente para la mayoría de los casos clínicos habituales y solo el desconocimiento o el desinterés justifican la falta de aplicación de este tipo de procedimientos en la práctica clínica cotidiana.

5.5.2. Contraste correlacional

De forma complementaria, no alternativa, a las pruebas semiexperimentales, deben considerarse las estrategias de contraste derivadas de una metodología correlacional. Son estrategias en las que lo que prima es la correlación entre variables o conjuntos de variables. Su aplicación es más sencilla y, generalmente, menos costosa que las semiexperimentales, de ahí su mayor utilización en la clínica. A pesar de las críticas que este tipo de tácticas han recibido desde las posiciones más experimentalistas, debe reconocerse su enorme utilidad y la calidad de las conclusiones derivadas de su puesta en práctica. A continuación, se recogen algunas de las estrategias más empleadas en el contraste clínico desde esta perspectiva.

A) Convergencia/divergencia de información

Siguiendo los trabajos de Campbell y Fiske (1959) sobre la varianza en las matrices multirrasgo/multimétodo y sobre la validez convergente y divergente, encontramos cómo una primera táctica de contraste correlacional de información tiene que ver directamente con aquellos desarrollos. Esta metodología tiene dos vertientes principales.

En primer lugar, establece la necesidad de contemplar siempre distintas medidas del mismo suceso o variable para poder garantizar, mediante la convergencia de la información, la calidad de la medida. Se trata de evaluar el mismo acontecimiento por

diversas estrategias; si toda la información es coincidente, se podrá decir que tiene una gran probabilidad de ser correcta. Sin embargo, una falta de concordancia no significa necesariamente la falsedad de la información, sino que señala la necesidad de replantear la evaluación y continuar la búsqueda de forma más completa. Es decir, la convergencia de información permite aceptar, pero no negar las hipótesis.

En segundo lugar, se pone de manifiesto la utilidad de, junto a la información convergente, buscar la información divergente con aquellas técnicas más adecuadas en cada ocasión. Un ejemplo puede ayudar a aclarar el tema: imaginemos que, según avanza un proceso de EPC con una de nuestras pacientes, comenzamos a disponer de datos suficientes como para manejar una hipótesis de formulación que implique un trastorno de pánico. Si queremos buscar validez convergente para esa hipótesis, podemos administrar algunos cuestionarios y asegurarnos de incluir alguno de pánico. Si la paciente puntúa alto en estas pruebas, podemos añadir algo de validez convergente a nuestra hipótesis, que puede llevarnos a aceptar el diagnóstico y un modelo explicativo ajustado al mismo. Sin embargo, si incluimos un estudio de la validez divergente, o discriminante, tendríamos que aplicar algunas otras pruebas que no evaluaran pánico, sino otro tipo de problemas que permitieran diferenciar la sintomatología; en esta ocasión, podrían resultar útiles algunos cuestionarios de otros trastornos de ansiedad y de depresión. Una respuesta baja en estas pruebas nos ayudaría a confirmar nuestra hipótesis inicial relativa al trastorno de pánico. Sin embargo, una puntuación alta en estas pruebas pondría en cuestión la hipótesis inicial y nos llevaría a reflexionar sobre la posibilidad de un sesgo positivo en todas las pruebas, o sobre la posibilidad de sufrir algún otro problema que implique otros mecanismos distintos a los inicialmente hipotetizados relacionados con el pánico, y que implique puntuaciones altas en ansiedad y distintos tipos de problemas de ansiedad, por ejemplo, la ansiedad generalizada.

B) Predicciones correlacionales sobre otras variables

En la más pura tradición correlacional, el análisis de las correlaciones entre distintas variables implicadas en el caso y su comparación con los datos provenientes de la investigación resultan una de las tácticas más empleadas. Los datos de investigación correlacional y diferencial en psicología se acumulan a un ritmo casi enloquecido, y se cuentan por miles las variables de las que disponemos alguna información de este tipo. En esta misma línea, la investigación epidemiológica sobre salud mental acumula datos muy rápidamente acerca del curso, epidemiología, variables sociales y personales que correlacionan con los diferentes trastornos. Mucha de esta información se recoge en los manuales de las clasificaciones diagnósticas y puede ser empleada fácilmente en la búsqueda de convergencia de distintas fuentes y en posibles contrastes de hipótesis fundamentadas en este tipo de información. Aunque la información recogida debe ser tratada con cuidado, ya que las correlaciones nunca implican causalidad, puede llegar a resultar muy útil en algunos procesos clínicos.

En este apartado, un tipo de información de especial importancia y que puede llegar

a tener un mayor interés para el clínico es la relativa a la etiología y curso de los problemas. La investigación clínica y psicopatológica ha ido desvelando algunas de las claves del desarrollo de los problemas psicológicos y de las relaciones temporales existentes entre ellos y las variables biopsicosociales implicadas. De esta forma, en la actualidad, disponemos de información sobre las ventanas del desarrollo, sobre el efecto de los sucesos traumáticos en la infancia, sobre la relación entre abuso del alcohol y malos tratos, y un largo etcétera que puede ayudarnos en la búsqueda y confirmación de las hipótesis etiológicas y de curso de los trastornos en cada caso. Por ejemplo, conocer la alta correlación existente entre los trastornos alimentarios, el género y la edad, incluyendo los cambios rápidos observados en estas tendencias en los estudios epidemiológicos de los últimos años, puede utilizarse en la búsqueda de convergencia de información en un posible caso de anorexia.

C) Ajuste a los criterios DSM-5/CIE-11

En la misma línea anterior, pero de forma más explícita y concisa, los criterios DSM-5 y CIE-11 pueden ser empleados como fuente de contraste de hipótesis correlacionales. Los manuales DSM, a partir de su tercera edición, organizan los trastornos sobre la base de conjuntos de criterios (síntomas-problemas) que presentan fuerte índices de correlación entre ellos y que tienden a aparecer de forma conjunta.

A partir de la cuarta edición del DSM, se incluye, además, un carácter empírico a estas configuraciones de criterios, lo que les dota de un mayor poder de contraste. La comparación de las listas de problemas de nuestros pacientes con los criterios DSM, además de facilitar el proceso diagnóstico, otorga a nuestra exploración una calidad mayor, sobre todo en cuanto a validez de contenido se refiere. La utilización de cuestionarios y entrevistas que repasan todos los criterios de las clasificaciones se convierten en herramientas muy potentes para garantizar este tipo de criterios de calidad. Igualmente, la inclusión en las entrevistas clínicas de preguntas claves diagnósticas (con apoyo en los criterios DSM y en resultados empíricos de utilización en miles de personas en todo el mundo) hace aumentar sensiblemente no solo la validez de contenido, sino que, al haberse establecido el potencial de detección de cada pregunta en estudios epidemiológicos, también se ve afectada positivamente la validez de criterio y los índices de sensibilidad y especificidad de nuestras entrevistas. En otro lugar hemos recogido las principales preguntas claves para cada trastorno y otros instrumentos que pueden ayudar a mejorar este tipo de criterios de calidad (Vázquez y Muñoz, 2002).

D) Ajuste a los modelos y leyes de funcionamiento psicológico

Todavía puede darse un paso más en esta misma dirección. Un paso que nos sitúa a las puertas de la validez de constructo, de las hipótesis. La investigación psicológica básica y clínica ha ido identificando, en primer lugar, las leyes y normas dinámicas del

funcionamiento psicológico y psicosocial que gobiernan nuestro comportamiento (teoría del aprendizaje, procesos básicos, emociones, etc.). Por si esto fuera poco, se han desarrollado modelos teóricos de trastornos psicológicos que se han ido haciendo progresivamente más completos y que, en la actualidad, incluyen información sobre variables del desarrollo, biológicas, psicológicas y sociales que intentan integrar todo el conocimiento acumulado al respecto para cada trastorno. El avance ha sido más espectacular en algunos grupos de trastornos, como los de ansiedad o depresión, y menos claros en otros, como los de personalidad o los psicóticos. Las tendencias detectadas en los trabajos psicopatológicos más recientes, que parecen abogar por una vuelta al síntoma como unidad de análisis psicopatológica, no hacen más que facilitar esta función en los procesos de EPC. Ya se ha visto cómo este tipo de datos influye de forma decisiva en la búsqueda de información y en la generación de hipótesis, y nos libra a los psicólogos clínicos de tener que inventar la rueda, o el fuego, en cada caso clínico que abordamos.

La comparación entre los datos provenientes de cada caso en cuestión, y los acumulados por la investigación en forma de leyes o modelos, otorga al proceso de EPC una oportunidad de realizar un contraste correlacional de las hipótesis o de las formulaciones completas. Sin duda, este grupo de estrategias se convierte, de esta forma, en una de las herramientas más potentes del clínico a la hora de integrar la información nomotética en modelos o teorías idiográficas del caso. Teorías del caso, formulaciones, que se ven apoyadas por la aportación empírica de la norma o modelo empleado en cada ocasión. De esta forma, la comparación de un patrón de conducta determinado de nuestro cliente (por ejemplo, aumentar las quejas cuando se le retira la atención por su comportamiento) puede obtener un fuerte apoyo al compararlo con una ley o norma de funcionamiento, en este caso, las curvas de extinción del reforzamiento positivo. Igualmente, la identificación por nuestra parte de un esquema de creencias irracionales en una persona con episodios de tristeza puede ser apoyada en los modelos cognitivos tipo Beck o Ellis de depresión.

E) Otras estrategias

En último lugar, pueden detallarse las estrategias de contraste de hipótesis que se fundamentan en los propios modelos individuales tratados de forma cuantitativa. Estrategias que no incluyen manipulación de las variables independientes, ni comparación con modelos o normas derivadas de la investigación. Este tipo de estrategias ha sido muy escasamente utilizado por la EPC y su origen puede situarse en las ciencias sociales, por ejemplo en disciplinas como la economía. Se trata de formular las hipótesis en forma de modelos matemáticos que puedan ser contrastados a través de distintas técnicas igualmente matemáticas que nos ayuden a validar la estructura de los mismos. Son estrategias especialmente útiles para el contraste de relaciones entre acontecimientos o variables bien establecidas, generalmente hipótesis de mantenimiento, aunque idealmente pueden aplicarse a las históricas e incluso a las dos de forma

conjunta. El número de variables incluidas en el estudio y la red de relaciones supuestas entre ellas determina la complejidad del análisis estadístico. Entre las técnicas de análisis matemático más adecuadas para este tipo de contraste se encuentran los análisis de contingencias (Chi cuadrado) para establecer las relaciones entre dos sucesos o grupos de sucesos; los análisis del tamaño del efecto aplicados a las medidas de resultados; los análisis de series temporales para los autorregistros; el establecimiento de líneas base o las medidas durante el tratamiento; los modelos causales para los diagramas de formulación, etc. En uno de los intentos más prometedores en esta línea, el grupo de Haynes ha desarrollado un programa de análisis matemático que permite adaptar los análisis de modelos log-lineales a los estudios de caso único. La adecuación de los datos de la EPC a esquemas de funcionamiento matemáticos puede suponer la cuantificación de la calidad de la hipótesis, en este caso, especificada en los intervalos de confianza y niveles de significación de los análisis matemáticos utilizados.

5.6. Caso clínico

La interpretación teórica del caso se organizó en torno al desarrollo y estado actual de los tres grandes problemas identificados en el análisis descriptivo, a las variables personales y del contexto que juegan un papel en el origen o mantenimiento y a la consideración de los criterios diagnósticos cumplidos y el juicio diagnóstico emitido. Siguiendo el esquema teórico propuesto, se llevó a cabo el análisis funcional de los problemas, hipótesis de origen y de mantenimiento, y finalmente, se generó una formulación clínica del caso. Las hipótesis funcionales pueden añadirse a los esquemas de secuencias muy fácilmente, y puede hacerlo el lector por sí mismo; en la exposición del caso, se ha preferido incluir una presentación narrativa de las hipótesis de origen y mantenimiento que pueda servir como ejemplo de redacción de hipótesis. La formulación, sin embargo, se ha preferido presentarla en un diagrama de flujo similar a los propuestos en la parte teórica.

Análisis funcional de la ansiedad y la evitación social

Anakin ha sido una persona que nunca se ha sentido cómoda en las situaciones sociales y muy pronto comenzó a tratar de evitarlas siempre que podía. El origen de su problema es difícil de determinar. Tenemos que recurrir a una probable preparación biológica para la ansiedad, que coincide con una preparación psicológica construida a partir de una educación restrictiva socialmente hablando y tendente a crear una falta de independencia en el niño. La falta de afecto y el estilo familiar de relación puede encontrarse en la base de la desconfianza respecto de las personas ajenas al pequeño círculo de amistades de sus padres. La hipótesis es la falta de afecto y empatía en la relación familiar, que dificultó la socialización de las relaciones de vinculación personal y dio lugar a la aparición de una desconfianza y un temor a relacionarse con los demás, que se perciben como peligrosos y amenazantes. Anakin irá añadiendo a esta primera construcción

cognitiva todas sus experiencias desagradables con los demás (agresión, desengaño religioso, burlas y críticas de compañeros, etc.), hasta crear una auténtica barrera para las relaciones sociales de cualquier tipo. A la vez, el paciente no aprende las habilidades sociales típicas de la infancia y de los modelos familiares ni, después, las propias de la adolescencia y las relaciones entre iguales. Esta falta de habilidades, junto con las críticas paternas, las burlas de amigos y los posibles problemas en el aspecto físico (seguramente, no tan notorios como el paciente cree), comienzan a minar su autoestima y la confianza en sí mismo y dan pie a la aparición de los pensamientos de infravaloración personal y sobrevaloración de la sociedad, a la que él, más débil, no puede acceder.

La estabilización de la residencia durante algunos años en una ciudad catalana al final de la adolescencia le facilita varias cosas: conseguir terminar sus estudios, estabilizar un grupo de amigos, iniciar relaciones sentimentales (no sexuales) con una chica, independizarse poco a poco de sus padres, encontrar trabajo, etc. Esta serie de logros, aunque no consiguen terminar con los problemas sociales de Anakin, sí logran que la vida le resulte más fácil y se constituya el mejor periodo de su vida. El traslado a Madrid lo separa de sus amigos, coincide con la pérdida de empleo muy reciente y, definitivamente, se ve agravado por la carta de Padme, que rompe la incipiente relación.

Es probable que en la actualidad el problema se mantenga por la conjunción de varios factores causales. Por un lado, las habilidades sociales siguen presentando un déficit importante en algunos aspectos claves. Por otro, las percepciones de amenaza de las situaciones sociales generan un comportamiento de hipervigilancia y desconfianza fácil de percibir por los demás. Estos comportamientos, ciertamente extraños en las relaciones sociales habituales, tienden a provocar el rechazo de los desconocidos, al ser capaces de levantar suspicacias, o incluso, llegar a poder atemorizar a las personas que no conozcan a Anakin. Otro de los factores hace referencia a la ansiedad condicionada a las situaciones sociales que se mantiene por la continua evitación del paciente de este tipo de situaciones. En aquellas ocasiones en que el intercambio social es inevitable, el paciente lo evita cognitivamente y se concentra en sus rumiaciones de sobrevaloración de los demás e infravaloración propia (y las demás rumiaciones relacionadas), que podrían coincidir con las bajadas de ansiedad y funcionar como un mecanismo de reforzamiento negativo. De esta forma, la interacción de los diversos mecanismos causales puede llegar a mantener una configuración de comportamientos tan amplia y general que abarca prácticamente la globalidad del funcionamiento psicológico y social del paciente.

Análisis funcional de los episodios especiales en situaciones estresantes

Para explicar el inicio de los episodios de pérdida de consciencia (desmayos), despersonalización y pseudoalucinaciones sufridas en las situaciones sociales más comprometidas de los últimos años en la vida del paciente, podemos utilizar dos líneas alternativas, aunque complementarias. La posible predisposición biológica podría

manifestarse precisamente en este punto. Existe una cierta evidencia respecto a la predisposición biológica a responder a ciertas situaciones estresantes de forma *rupturista* por parte de nuestro sistema nervioso central. Esta hipótesis biologicista puede complementarse con el aprendizaje del paciente ocurrido durante la agresión sufrida. Sin duda, aunque el paciente no lo informe así, esa puede considerarse la primera disociación clara del paciente en una situación estresante (la falta de recuerdo, los detalles confusos, etc., así lo indican). Anakin pudo aprender que, en las situaciones sociales muy difíciles, que le superan claramente, una alternativa es completar la evitación con una pérdida de consciencia o una disociación (las pseudoalucinaciones deben entenderse en esta misma línea) que proteja al Yo, la propia identidad, del ataque a la integridad que puede estar sufriendo.

El curso de este tipo de episodios indica que mantiene una cierta estabilidad y que la diferenciación entre un tipo de sucesos y otro depende de la seguridad percibida por el paciente. En su casa, máxima seguridad, llega a perder el conocimiento. Fuera de su casa, mínima seguridad, el episodio aparece sin *llamar la atención* de los demás.

El mantenimiento actual probablemente se explica por el efecto que tienen las rumiaciones en aquellas situaciones más extremas. El paciente entra en un círculo vicioso de pensamiento negativo-aumento de respuesta fisiológica, que llega, en algunos casos, a conseguir alterar el estado de consciencia. Esta alteración de la consciencia, típica de la ansiedad extrema, se interpreta por Anakin como el inicio de un nuevo episodio. En la mayoría de las ocasiones, consigue controlarse mediante estrategias de distracción. Pero en otros casos, la secuencia continúa hasta la pérdida de consciencia, la sensación de despersonalización o la alucinación. Todas ellas comprensibles desde el punto de vista de su funcionamiento como escape de los problemas y mecanismo de defensa de la propia identidad personal y por los refuerzos positivos de los familiares en aquellas ocasiones en que ocurre en su casa.

Análisis funcional de la ansiedad en lugares que recuerdan la agresión

Anakin llega al momento de la agresión con una fuerte predisposición a los problemas de ansiedad, sufriendo una cierta crítica social atribuida a su aspecto físico, con una red escasa de amigos y con la crisis de identidad personal típica de la adolescencia. En esas condiciones, una agresión que podría no haber sido demasiado importante en otro joven se convierte en el *episodio más humillante de mi vida* y provoca unos efectos muy potentes en la vida del paciente. Anakin se aísla más todavía, comienza a temer ciertos lugares y situaciones, genera una desconfianza hacia los demás y se vuelca en la búsqueda de una salida en la religión. El fracaso religioso inmediato ayuda a fomentar aún más la desconfianza en los demás.

Sin embargo, tras los efectos iniciales tan dramáticos, el cuadro va mejorando progresivamente y, en la actualidad, solamente se mantienen los problemas relacionados con los lugares que recuerdan la agresión, probablemente asociados por un proceso de condicionamiento clásico, y aquellos otros que formaron una sinergia con los problemas

anteriores y entraron a formar parte del repertorio habitual del paciente (desconfianza en los demás, evitación social, infravaloración, etc.).

Es probable que el problema del temor a los lugares parecidos al de la agresión se mantenga por un sistema de anticipaciones que provocan la evitación de las situaciones temidas (reforzamiento negativo). Cuando el paciente no puede evitar la situación, el afrontamiento es muy rápido y trata de pasar por los lugares distrayéndose o pensando en otra cosa. En el primer caso, la exposición no da lugar a provocar los efectos de habituación característicos. En los segundos, se mantiene una evitación cognitiva que minimiza el posible efecto de la exposición.

El resto de los efectos de la agresión (infravaloración, desconfianza, etc.) se han unido a los repertorios de funcionamiento habitual del paciente y se mantienen de la misma forma que aquellos.

Formulación clínica del caso

Si se pone en relación todo lo anterior con los modelos psicológicos propuestos para explicar los trastornos de personalidad por evitación y de estrés postraumático y agudo, se está en disposición de abordar la formulación clínica del caso. Ya se ha visto que la formulación clínica no es exclusiva y debe considerarse dinámica. Es decir, el modelo de formulación al que se llegue no tiene por qué ser el único posible y puede ser modificado con el tiempo. Por tanto, no puede ser considerado como un modelo psicopatológico, nomotético, del trastorno de personalidad por evitación, ya que responde a los determinantes individuales de este caso y del momento del desarrollo de los problemas en que se formuló.

Ajustándose a las recomendaciones sugeridas en la parte teórica, en esta ocasión, se ha preferido expresar el juego de hipótesis formulado en un diagrama de flujo que ayude a componer un sistema de relaciones complejo en un solo esquema conceptual. En la [figura 5.13](#) se recoge el modelo de formulación propuesto para el caso.

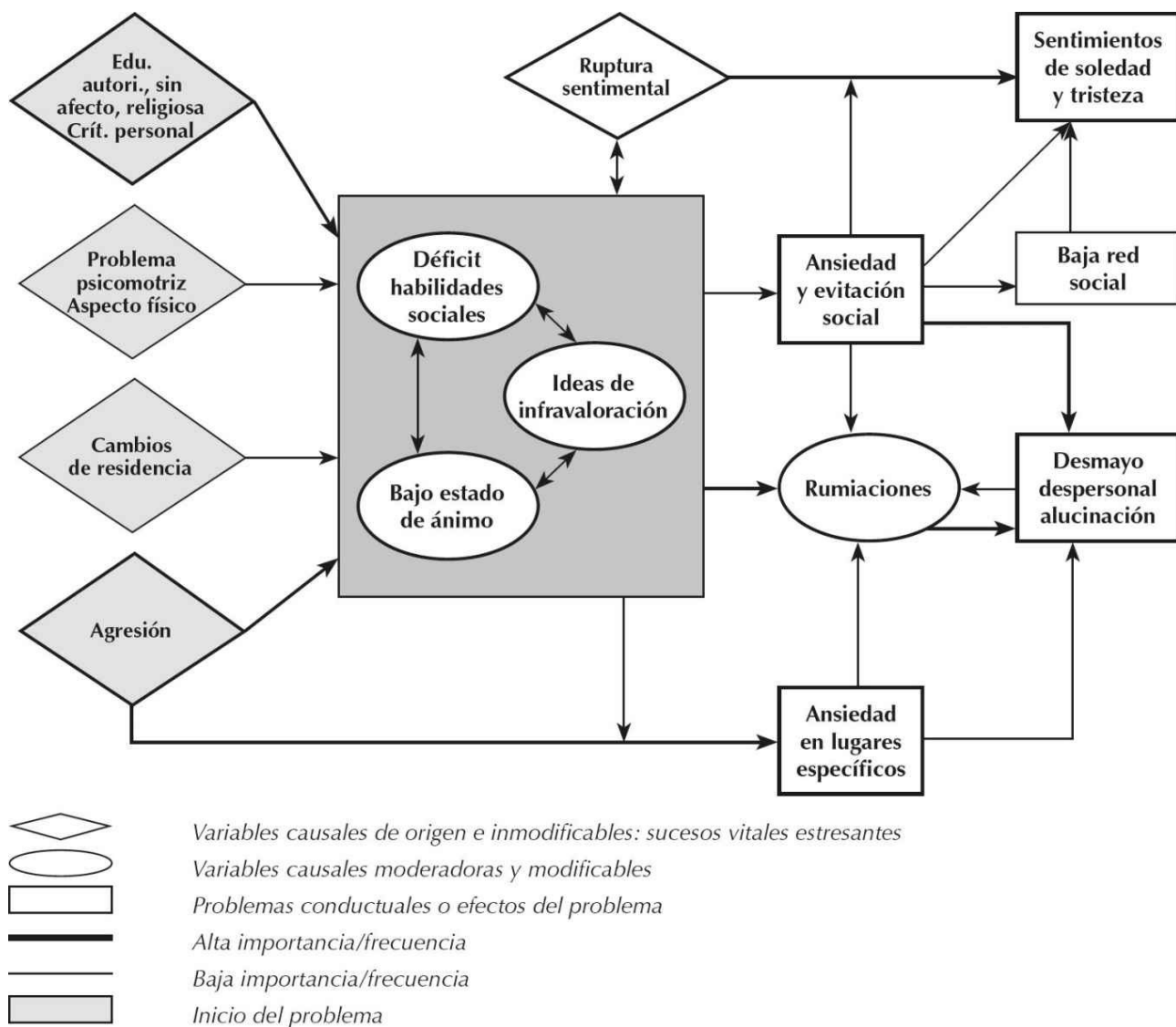


Figura 5.13. Modelo de formulación clínica del caso de Anakin.

La formulación clínica del caso no puede ser sino un resumen organizado de todo lo que hemos visto hasta el momento. El modelo especifica aquellas variables que tuvieron importancia en el origen del cuadro pero que actualmente resultan inmodificables o fuera del control del clínico (rombos), y se diferencian los más lejanos en el tiempo (grises) de los más próximos (blancos). En esta ocasión, se ha centrado la atención en las variables educativas, los problemas que afectaban al aspecto físico y los cambios de residencia. La agresión sufrida a los dieciséis años no hace sino consolidar esos efectos.

La falta de habilidades sociales provocada por las condiciones tempranas de su vida interactúa con un sentimiento muy importante de infravaloración. Ambos consiguen mantener a la persona en un estado de ánimo bajo, al no disponer de reforzadores sociales, ni propios, frecuentes. Con el tiempo, este juego de factores ha ido cristalizando en un estilo evitador de afrontamiento de todas las situaciones estresantes, especialmente las sociales. Estilo evitador que se mantiene mediante un continuo funcionamiento de

rumiación cognitiva respecto a las posibles dificultades de su vida.

La pérdida de trabajo, el último cambio de residencia y, de forma más directa, la ruptura sentimental con Padme, han servido de detonante para la agudización de sus problemas habituales de ansiedad y evitación social. A su vez, esta activación puede haber recuperado algunos de los efectos nocivos del condicionamiento sufrido durante el episodio de agresión.

Finalmente, en aquellos momentos en que la situación supera definitivamente los recursos del paciente, las rumiaciones y el estado de activación fisiológica que consiguen llegar a alterar la consciencia del paciente, lo que da lugar a las percepciones extrañas y las pérdidas de consciencia.

La percepción que tiene el cliente de todo ello es, hasta cierto punto, reducida. Entiende que no tiene éxito social y que algunas personas parecen rechazarle por su ignorancia o por su poca preparación. Piensa que la sociedad es legítimamente exigente con sus miembros y que él no cumple muchos de los requisitos exigidos en determinados círculos sociales (laborales, estudios, amigos, etc.). La percepción respecto a su ansiedad social y ante los problemas derivados de la agresión sufrida es muy baja.

Contraste de hipótesis

De acuerdo a lo especificado en la parte teórica, en la mayoría de los casos clínicos es imposible llevar a efecto un contraste de todas y cada una de las hipótesis manejadas durante el mismo. En esas ocasiones suele ser suficiente someter a un cierto control las hipótesis principales o los aspectos más relevantes de las mismas. Ese ha sido el camino seguido en el presente caso.

Contraste correlacional

En este apartado los aspectos más relevantes hacen relación a la concordancia de la sintomatología del paciente con los criterios diagnósticos DSM-5 para los trastornos propuestos. La concordancia, igualmente, de la información proveniente del paciente con la disponible en la investigación epidemiológica y psicopatológica de este tipo de trastornos, otorga algún grado más de libertad a la hipótesis diagnóstica y ayuda a apuntar las hipótesis etiológicas y de mantenimiento. Los análisis funcionales se sustentan en la fiabilidad de las descripciones obtenidas por distintos métodos convergentes y en la concordancia con los principios básicos del funcionamiento psicológico y del aprendizaje identificados en cada una de ellas.

Contraste semiexperimental

En este apartado se manejaron distintos tipos de datos y se realizaron algunos experimentos clínicos para consolidar los puntos nucleares del modelo.

- El efecto de los fármacos ansiolíticos y antidepresivos es el esperado en un paciente con problemas de ansiedad social y leve bajada del estado de ánimo. Este dato ayudó a descartar la posibilidad de interpretar la sintomatología como parte de una crisis psicótica o una depresión mayor.
- Las habilidades sociales del paciente fueron contrastadas mediante pequeños experimentos clínicos que incluyeron:
 - Utilizar una coterapeuta que coincidió con él en la sala de espera. Se esperó que Anakin estableciera algún contacto verbal, y al no hacerlo, lo inició la coterapeuta. El resultado coincidió exactamente con las predicciones respecto a un muy bajo nivel de habilidad social.
 - Se incluyó a Anakin en la primera sesión de un grupo de habilidades sociales. Su comportamiento fue extraño: mostraba desconfianza hacia los demás y trataba de esconderse bajo una serie de verbalizaciones y gestos de autosuficiencia exagerada (*resabiado* o *cursi*). Fue sencillo, incluso en las propias sesiones con los terapeutas, observar que su comportamiento provocaba muy fácilmente el rechazo de los demás.
- Los terapeutas lanzaron desafíos durante las consultas a Anakin para poner a prueba alguna de sus ideas irracionales más centrales: las de infravaloración personal y las de sobrevaloración de la sociedad.
- Por último, el ciclo rumiaciones-ansiedad-sensaciones extrañas se puso a prueba utilizando las mismas estrategias que suelen emplearse con los ataques de pánico. Se pidió a Anakin que realizara algunos ejercicios a la vez que mantenía sus rumiaciones características respecto a alguna situación proveniente de los autorregistros o de la entrevista. No se llegaron a provocar desmayos ni pseudoalucinaciones, pero sí se observó un episodio de despersonalización con el ejercicio de mirarse al espejo fijamente mientras mantenía las rumiaciones. Su actividad autonómica fue subiendo y llegó un momento en que no pudo controlarse. El paciente informó que ese era el tipo de sensaciones que tenía en algunas ocasiones y admitió que, aunque en otros momentos las sensaciones eran distintas, podían llegar a parecerse o crearse de forma similar.

6

Devolución de información y apuntes para el diseño del tratamiento

6.1. Después de la formulación de caso

Tomando como referencia la definición del proceso de EPC que se planteó en el comienzo de este libro y que se ha utilizado de marco para el desarrollo del mismo, en este momento del proceso nos acercamos a su objetivo principal: la planificación del tratamiento. Puede que a algunos lectores les parezca extraño que un texto sobre el proceso de EPC se introduzca en los derroteros del diseño del tratamiento. Sin embargo, la totalidad de los autores relevantes en esta área consideran que el diseño del tratamiento no puede, ni debe, separarse del proceso seguido hasta la formulación clínica del caso. El tratamiento se deriva de la formulación clínica o, en el peor de los casos, de la evaluación y diagnóstico de la persona, y en ese sentido no puede separarse de la misma y forma parte del mismo proceso. Es por ello que, conociendo cómo algunos manuales de evaluación psicológica clínica admiten este hecho pero no se detienen en este punto, hemos considerado conveniente continuar el proceso de EPC hasta sus últimas consecuencias y actividades, y esto incluye, necesariamente, el diseño del tratamiento.

Por otra parte, profundizar acerca del proceso y las estrategias puestas en marcha para diseñar tratamientos en psicología clínica nos llevaría más allá de las posibilidades prácticas de este volumen. El lector comprenderá que se haga un comentario más breve del que resultaría necesario para abordar este tema en detalle. Aun así, el texto intenta recoger las aportaciones más necesarias para introducir el tema y situarlo convenientemente dentro del proceso de EPC.

Además de la planificación del tratamiento, en el presente capítulo se aborda también la comunicación de los resultados del proceso de EPC, que puede considerarse como el verdadero puente entre la evaluación y el tratamiento. Esta devolución de información se ha considerado como un elemento imprescindible para llevar a cabo la planificación del tratamiento, además de reconocerse como un compromiso ético por parte del psicólogo, ya que facilita elementos claves para el mismo (motivación al

cambio, implicación en el tratamiento, etc.). Es esta una tarea que hay que abordar con especial cuidado debido a la naturaleza de la información, así como por las posibles repercusiones en la vida de las personas. Para ello, a continuación, se abordan tanto algunas directrices generales para esta devolución de información como aspectos específicos de la devolución en sus distintas modalidades (oral y escrita).

En el capítulo 8 se incluye un resumen acerca de los aspectos éticos y legales más relevantes en la elaboración de informes psicológicos clínicos.

6.2. Devolución de información al paciente

En palabras de Pérez-Santos, Ausín y Muñoz (2006: 16), el informe psicológico clínico *se refiere a la comunicación (oral o escrita) confidencial y científica, realizada por un psicólogo, de los resultados de un proceso de evaluación/intervención psicológica*, es decir, incluye la devolución de los resultados del proceso de evaluación a los pacientes, independientemente de la modalidad utilizada. Actualmente existe una gran cantidad de leyes y reglamentos, guías y estándares que sirven de marco para la elaboración de estos informes psicológicos.

Sin embargo, no es nuestra intención realizar una revisión detallada del marco legal y normativo ni exponer en detalle todas las recomendaciones de las guías procedimentales y estándares que han abordado el tema de la elaboración de informes en el ámbito psicológico (para ello se recomienda la lectura de algunas lecturas más específicas como Pérez-Santos, Ausín y Muñoz, 2006). El verdadero objetivo es plantear la importancia y utilidad de este momento dentro del proceso de EPC y plantear unas líneas generales que orienten a la hora de llevar a cabo estas tareas de devolución de información.

En ese sentido, el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid ha elaborado un documento, disponible en su página web, que recoge los criterios generales que debe cumplir todo informe psicológico, en su mayoría aplicable tanto a informes psicológicos escritos como orales.

Concretamente, respecto a los criterios básicos de contenido, se señalan aquellos aspectos fundamentales que el psicólogo debe garantizar, como responsable de la emisión y del contenido del informe. Sin embargo, algunos de estos aspectos hacen referencia, fundamentalmente, a la calidad del proceso de EPC previo, más que a la elaboración del propio informe o devolución de la información. Así, se insiste en la necesidad de:

1. Garantizar la máxima neutralidad y evitar cualquier implicación personal que pueda implicar sesgos (de tipo emocional, de intereses o por presiones externas) y la predisposición a buscar *un determinado resultado*.
2. Garantizar la máxima objetividad e incorporar toda fuente de datos pertinente y relevante al caso.
3. Garantizar la calidad de su base metodológica, lo que supone guiarse por unos principios teóricos y metodológicos concretos durante el proceso de EPC, usar

una metodología clara y sin ambigüedades, elegir unos instrumentos de evaluación coherentes con esos principios teóricos y planificar la evaluación con una estrategia y objetivos claros.

4. Garantizar la calidad de los instrumentos de evaluación, lo que implica la utilización de más de una prueba, la utilización de diferentes instrumentos de medida desarrollados para evaluar una misma variable o parámetro, utilización de instrumentos con unos adecuados criterios de calidad y pruebas test-retest en diferentes momentos para evitar sesgos situacionales.

A estos aspectos se añaden otros que, en nuestra opinión, hacen más referencia a la elaboración de los informes propiamente dichos. En ese sentido, se enfatiza la necesidad de garantizar el respeto a las diferencias individuales, manteniendo un estilo descriptivo, a tres niveles. En primer lugar, respecto al diagnóstico, se enfatiza la conveniencia de utilizar un estilo descriptivo y evitar la inclusión de etiquetas que reduzcan el comportamiento humano a una definición estática y estereotipada. También enfatiza la utilización de ese estilo descriptivo en el nivel terapéutico, y señala que las indicaciones de tratamiento deben incluir, de forma orientativa, los posibles cambios positivos así como las condiciones concretas para que estos se produzcan. Por último, a nivel de pronóstico, señalan la necesidad de incluir el pronóstico con y sin tratamiento.

Además, señala algunos aspectos necesarios para garantizar una actuación profesional conforme al Código Deontológico del Psicólogo, concretamente:

1. Tener el título oficial que capacita para ejercer la psicología.
2. Facilitar el informe a quien corresponda ética y legalmente. En general, esta devolución debe hacerse a la persona o personas evaluadas, siempre que se trate de adultos autónomos. En este sentido, es importante tener en cuenta que, según recoge el artículo 41 de nuestro código deontológico profesional, cuando la evaluación o intervención psicológica se produce a petición del propio sujeto de quien el psicólogo obtiene información, esta solo puede comunicarse a terceras personas con expresa autorización previa del interesado y dentro de los límites de esta autorización. El mismo código, en su artículo 42, recoge también que, incluso cuando dicha evaluación o intervención haya sido solicitada por una tercera persona, la persona evaluada (o sus padres o tutores) tendrá derecho a ser también informada del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del informe, así como a conocer el contenido del mismo, con la excepción de aquellas situaciones en las que ello pueda conllevar un prejuicio para la propia persona o el psicólogo.
3. Cuidar el contenido y los términos utilizados, teniendo en cuenta el efecto que pueden tener sobre la persona o su entorno.
4. Verificar la exactitud de los datos antes de expresarlos como ciertos.

A pesar de estas directrices generales, también existen aspectos diferenciales según la modalidad en la que se realice esta comunicación de resultados: oral o escrita. A continuación presentamos algunas de ellas.

6.2.1. Devolución oral de la información: la entrevista de devolución de información

Al finalizar la formulación de caso y como paso previo al diseño y puesta en marcha del tratamiento, el psicólogo debe proceder a la devolución de información al paciente. Como profesionales de la salud, los psicólogos tenemos la obligación de devolver toda la información obtenida al paciente y ofrecerle unas pautas de comprensión que le permita conocer cuál es nuestra opinión acerca de sus problemas, su pronóstico y cuál es la intervención recomendada. En la mayoría de los casos esta comunicación se realizará, en primer lugar, de forma oral, mediante una entrevista de devolución de información, previa a la elaboración del informe escrito. Como se ha comentado previamente, esta devolución se llevará a cabo siempre con el propio paciente, o grupo de pacientes (p. ej., una familia), salvo en aquellos casos en que las circunstancias lo impidan (personas con capacidades cognitivas reducidas en ese momento) o lo desaconsejen (p. ej., casos judiciales). En estos dos últimos supuestos, la devolución se debe realizar con los tutores o con quien encargó la evaluación. Sin embargo, como se ha presentado previamente, incluso en los casos más extremos, el profesional de la salud mental deberá tratar de que el paciente sepa el proceso al que se somete y las principales conclusiones en la medida de sus posibilidades.

El informe oral en este momento previo a la intervención busca, en general, que el paciente objetive el motivo de consulta, conozca la adecuación de los procesos de evaluación utilizados en el proceso de EPC, comprenda y reflexione sobre la formulación del caso, conozca su diagnóstico y su pronóstico con y sin tratamiento; sistematice los objetivos de la intervención y conozca la propuesta de tratamiento (Pérez-Santos, Ausín y Muñoz, 2006).

Así, los objetivos de la devolución de información pueden resumirse en los siguientes puntos:

- Es una excelente oportunidad para acumular pruebas para el contraste de hipótesis y para validar la formulación clínica. En muchos casos, será la última oportunidad para contrastar la información con el paciente antes del tratamiento.
- Es la forma de ofrecer al paciente una explicación acerca de sus problemas y los tratamientos posibles, así como un esquema explicativo que permita reprocesar el problema y modificar las narrativas desadaptativas que pudieran entorpecer el cambio.
- Esta devolución de información puede iniciar el proceso de cambio a partir de la modificación de ideas disfuncionales del paciente, falsas creencias y atribuciones, que pueden estar influyendo en el mantenimiento de los problemas.
- Es el momento de la toma de decisiones sobre el tratamiento que seguir.

Independientemente de que nosotros podamos tener nuestras propias ideas al respecto, ajustar el tratamiento, hasta donde se pueda, a las preferencias del paciente puede ayudar a aumentar no solo la efectividad, sino la adherencia al mismo. Este momento nos ofrece, por tanto, la oportunidad de dialogar con el paciente acerca de las posibles opciones de tratamiento y considerar sus opiniones, dudas y resistencias, e incorporar así, en la medida de lo posible, sus preferencias y opiniones; esto fortalece su papel central en el proceso de intervención y su implicación en el mismo.

Como ya se ha mencionado previamente, la forma más frecuente de dar esta información es mediante una entrevista de devolución de información, aunque posteriormente pueden emplearse otros medios como informes escritos. En el [cuadro 6.1](#) se recogen las distintas tareas y momentos de la entrevista de devolución de la información.

Cuadro 6.1. *Indicaciones para la entrevista de devolución de la información*

<i>Preparación e inicio</i>
1. Reservar tiempo suficiente para la realización de esta entrevista (45-60 min)
2. Preparar el material de apoyo necesario (pizarras, ordenador...)
3. Informar al paciente de que se va a proceder a la devolución de información mediante la presentación del modelo de formulación clínica de su caso
4. Informar al paciente de que nos gustaría recoger sus opiniones, dudas, etc., al respecto antes de continuar la intervención
<i>Explicación de la formulación y el diagnóstico</i>
5. Presentar la lista de problemas definitiva
6. Explicar el desarrollo de cada problema (utilizando los mismos ejemplos que nos proporcionó el paciente durante la evaluación y el esquema de la línea de vida)
7. Explicar las variables personales y contextuales relevantes para cada problema
8. Presentar la explicación funcional de cada uno de los problemas
9. Ilustrar cómo funciona el modelo en los distintos problemas del paciente (utilizar ejemplos y secuencias de sucesos reales que le hayan ocurrido al paciente)
10. Presentar la formulación clínica que debe aclarar los mecanismos básicos de funcionamiento del problema (ayudarse de esquemas en papel, pizarras, etc.)
11. Durante todo el proceso, enfatizar los aspectos aprendidos y la modificabilidad de los comportamientos
12. Devolver también los aspectos positivos identificados durante la evaluación (recursos, fortalezas, funcionamientos adecuados, etc.)
<i>Elección de tratamiento</i>

13. Subrayar las opciones de tratamiento, siempre que sea posible se presentarán distintas alternativas de intervención para que el paciente pueda seleccionar aquellas que encajen mejor con su estilo personal y necesidades actuales

14. Discutir en detalle todos los aspectos positivos y negativos de cada una de las opciones de tratamiento presentadas

15. Predecir los posibles obstáculos al éxito de la intervención, anticipar los problemas y las dificultades que pudieran entorpecer el tratamiento

16. Comunicar al paciente si el terapeuta puede abordar la intervención o si pudiera ser más aconsejable dirigirse a otro profesional o centro que reúna mejores condiciones de atención

17. Pedir al paciente que realice cualquier comentario que se le pudiera ocurrir respecto a todo lo tratado durante la entrevista

18. Preguntar al paciente cuál es la mejor opción para seguir desde su punto de vista

19. Aconsejar al paciente que se tome alrededor de una semana para pensar al respecto y hacer consultas con sus personas significativas (familiares, médico, psiquiatra, sacerdotes, consejeros, etc.). Puede incluso animarse al cliente a que se tome el tiempo necesario y sea él el que tome la iniciativa y pida hora para la siguiente sesión (la primera del tratamiento) cuando se considere preparado

20. Finalmente, contestar todas las preguntas que el paciente realice. Procurar que no queden dudas respecto a lo abordado durante esta sesión

21. Proporcionar o recomendar material (folletos, páginas webs, manuales...) adecuado al nivel del paciente y sus inquietudes

22. Mostrar disponibilidad para resolver dudas que puedan surgir de forma posterior a la entrevista

Fuente: A partir de Turkat (1985) y Pérez-Santos *et al.* (2006).

Una vez que el psicólogo cree estar en disposición de la información suficiente y de una formulación razonable del caso, se anuncia al paciente que la próxima entrevista será la de devolución de información. No es infrecuente que los clientes insistan en conocer su diagnóstico y lo que les ocurre durante las primeras sesiones. Una recomendación que viene dando buenos resultados es la de incluir en la primera sesión una explicación al cliente que aclare que, antes de ofrecerle ese tipo de información, necesitamos conocer a fondo sus problemas y algunas de sus circunstancias vitales y que, por tanto, necesitaremos algún tiempo para poder ofrecerle un diagnóstico o un plan de tratamiento. Se le indica, igualmente, que se lo haremos saber en cuanto dispongamos de ellos. De esta forma, los clientes suelen apartar de su mente esa preocupación inicial y pueden concentrarse mejor en lo que nos interesa más en esas primeras sesiones.

En las prácticas en la Facultad de Psicología de la UCM, recomendamos que todo el proceso de EPC se complete en cuatro sesiones y que sean, precisamente, la cuarta o quinta sesión las dedicadas a la devolución de información. Tampoco puede abusarse de la paciencia de los clientes, que, como ya sabemos, esperan algún cambio en su vida antes de la sexta sesión (Seligman, 1996), y al no obtener ninguna información en ese tiempo, podrían sufrir una decepción que los llevara, incluso, a abandonar la terapia.

Se dedica toda la sesión a la devolución de información y debe tenerse preparado

todo el material necesario para conseguir una fácil y completa comprensión del funcionamiento de sus problemas por parte del paciente. Durante la propia entrevista, el psicólogo ofrece a la persona una explicación del modelo de formulación que incluya toda la información disponible. Debe ponerse un cuidado muy especial en que la información sea comprendida por el cliente y lo ayude a corregir sus posibles ideas distorsionadas, o falsas, al respecto y comenzar a reconstruir su experiencia vivida sobre las nuevas narrativas que le vamos a ir ofreciendo a lo largo de la intervención.

En otro lugar se ha presentado un grupo de directrices clínicas para la exposición de este tipo de modelos a los pacientes (Muñoz y Bermejo, 2001). Básicamente, se trata de seguir cuatro pasos a la hora de explicar el modelo a la persona:

1. *Dotar de significado y “normalizar” la experiencia sufrida.* Debe intentarse que el paciente entienda lo que le ocurre con una perspectiva más adaptativa y facilitadora del cambio. Para ello, tendremos que dar un significado a todo el problema y tratar de desdramatizar los posibles aspectos psicopatológicos que pudieran aparecer.
2. *Descomposición en partes del modelo.* Siguiendo las estrategias de las técnicas de solución de problemas, siempre es más sencillo que una persona afronte situaciones complejas si es capaz de descomponerlas en fases o subproblemas, más sencillos y abordables. De esta forma, será importante ofrecer una visión por fases o problemas parciales antes de exponer toda la complejidad de la formulación.
3. *Comprobar que el cliente comprende cada componente del modelo.* De ello dependen, en gran medida, la adherencia al tratamiento y la implicación en el mismo, así como la reconceptualización teórica que el cliente haga de su problema (atribuciones, expectativas, etc.). Deben utilizarse todos los medios posibles en la explicación desde ejemplos de la propia vida del cliente a recursos como pizarras, esquemas, etc.
4. *Si es posible, utilizar un material de lectura para facilitar la comprensión del problema.* Los hábitos de lectura son muy bajos y los pacientes no esperan tener que leer nada respecto a su problema, por ello es fácil encontrar una alta resistencia o desgana ante este tipo de tareas. Sin embargo, la lectura y discusión de este tipo de materiales suele facilitar la comprensión del problema y de las estrategias puestas en marcha para solucionarlo, ayudando de esta forma al cambio y a la reconceptualización del mismo.

Como se ha señalado en capítulos previos, cada vez hay un reconocimiento mayor en la necesidad de considerar aspectos positivos en los procesos de EPC, vinculado principalmente a la aparición y desarrollo de la psicología positiva. Teniendo esto en cuenta, además de devolver información sobre los problemas y dificultades de la persona y su explicación, es importante señalar que, en estos momentos, puede resultar muy adecuado también el reconocimiento y la comunicación de los aspectos positivos,

fortalezas o áreas de funcionamiento adecuado de la persona identificadas durante el proceso de EPC.

Una vez que nos aseguremos de que el cliente ha entendido correctamente la formulación, le pediremos su opinión sobre el tratamiento más aplicable en su caso y trataremos de implicarle en su diseño y puesta en marcha. Esto es un aspecto muy importante ya que la evidencia acumulada en los últimos años, recogida en un metaanálisis realizado por Swift, Callahan, Cooper y Parkin (2018), parece apuntar que las preferencias respecto a la terapia de los pacientes deben ser consideradas en el diseño de la intervención, ya es una variable que puede afectar a los resultados de la misma.

Finalmente, le rogaremos que dedique algún tiempo, al menos una semana, salvo en casos urgentes, a la reflexión y consulta con sus allegados o personas significativas (su pareja, sus padres o hijos, su médico, su sacerdote, otro psicólogo o profesional de la salud mental, etc.). Una estrategia útil en este punto puede ser la de indicar a la persona que espere a solicitar la próxima cita hasta estar completamente seguro de querer iniciar el tratamiento. Es decir, pasar la toma de decisiones a su campo para implicarle en mayor medida en la misma.

6.2.2. Devolución escrita de la información: la elaboración de informes psicológicos clínicos

Existe una gran variedad de enfoques y acercamientos a la elaboración de informes escritos, y estos pueden tomar muchas y diversas formas en función de a quién van dirigidos, su objetivo, el momento en el que se solicitan, etc. Es decir, es una herramienta flexible de comunicación de los resultados de nuestro trabajo que debe adaptarse a las distintas necesidades a las que pretende dar respuesta sin renunciar a su solidez y rigurosidad. Sin olvidar esto, se puede decir que, en general, el informe escrito debe reflejar el motivo por el que se solicita, la descripción y justificación del proceso de evaluación, el diagnóstico y el pronóstico (con y sin tratamiento) y, si procede, los objetivos de cambio e intervención, el tratamiento llevado a cabo y los resultados obtenidos con el mismo.

Precisamente, la organización de la información es un elemento importante que considerar en este tipo de informes, y es imprescindible que siga un esquema lógico, aunque el número y tipo de apartados pueden variar en función del tipo de informe del que se trate. Según el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, la estructura básica de cualquier informe psicológico sería:

- Tipo de informe.
- Información identificativa de la persona evaluada, del evaluador y la fecha de evaluación.
- Referencia o motivo de consulta.
- Referencia de antecedentes, incluida la información contextual o situación actual.
- Observaciones de la conducta del sujeto durante la exploración/evaluación.

- Áreas evaluadas e instrumentos de evaluación.
- Resultados obtenidos.
- Conclusión o diagnóstico.
- Objetivos o recomendaciones.
- Fecha de emisión, firma del profesional y número del colegiado.

Además de estos aspectos, como se puede observar en el esquema para la elaboración del informe psicológico incluido en el capítulo 8, podrían añadirse otros aspectos, si proceden, en función del objetivo del informe y del momento de elaboración del mismo, como: el diagnóstico y formulación clínica del caso, los objetivos de la intervención, el tratamiento propuesto o aplicado en su caso y resultados del mismo y recomendaciones tras la intervención.

Por otro lado, además de estos aspectos relacionados con la organización de la información, es muy importante cuidar el estilo de presentación del mismo. El propio código deontológico, en su artículo 48, señala que “los informes psicológicos habrán de ser claros, precisos, rigurosos e inteligibles para su destinatario. Deberán expresar su alcance y limitaciones, el grado de certidumbre que acerca de sus varios contenidos posea el informante, su carácter actual o temporal, las técnicas utilizadas para su elaboración, haciendo constar en todo caso los datos del profesional que lo emite”. Es decir, no solo se especifican aspectos relacionados con el contenido del mismo, sino también aspectos relacionados con la presentación. En ese sentido, se valora especialmente la utilización de un lenguaje claro y conciso, que evite ambigüedades y que se adapte al receptor del mismo; la brevedad y precisión que permitan responder de forma concisa y ajustarse a la demanda que ha motivado la elaboración del mismo; la utilización de un estilo descriptivo que sea especialmente cuidadoso con la utilización de etiquetas diagnósticas y con la utilización de términos que puedan conllevar una cierta devaluación o discriminación (p. ej., normal/anormal), y que reflejen o puedan fomentar el estigma sobre los problemas de salud mental y la internalización del mismo por parte de las personas que los padecen; y su presentación de una forma correcta, cuidando la redacción y la ortografía.

No debemos olvidar que, de alguna forma, los informes suponen una presentación de nuestro trabajo, una ventana que debe permitir a los demás conocer la solidez del mismo, y que debe resultar útil para el paciente (o para el agente que lo solicita).

Por supuesto, en todos los casos, los informes tienen que incluir la firma del profesional que lo elabora y se responsabiliza del contenido, así como su número de colegiado.

6.3. Formulación de caso vs. diagnóstico: implicaciones para el diseño de la intervención

Una vez que se ha integrado toda la información recogida en un modelo de formulación clínica, que permite identificar las relaciones existentes entre las variables que controlan la aparición de los problemas de la persona, y se han comunicado los resultados de la

evaluación al paciente, se está en disposición de pasar a diseñar el tratamiento más adecuado.

La posición defendida a lo largo de todo el volumen ha sido la de personalizar las intervenciones clínicas mediante el establecimiento de una relación directa entre formulación y tratamiento. El modelo de formulación, necesariamente único y dinámico, es la base sobre la que construir y diseñar el tratamiento ajustado a la situación y necesidades personales de cada caso.

En general, este es el punto de vista seguido por todos los enfoques clínicos, al menos en la teoría. En la práctica, la situación puede ser distinta. Si se revisan las publicaciones sobre casos clínicos, se encuentra que solamente un 20 % de los trabajos ponen en relación el tratamiento con un modelo de formulación previo. Los manuales de evaluación psicológica clínica no siempre incluyen capítulos dedicados a la formulación clínica, y los pocos informes de investigación sobre el tema parecen poner en duda la utilidad de personalizar el tratamiento partiendo de una formulación, frente a la aplicación de un programa estandarizado a partir de un diagnóstico.

En las últimas tres décadas, a pesar de las dificultades metodológicas, han aumentado los trabajos que han abordado distintos aspectos en relación con la calidad y las aportaciones de la formulación del caso en el ámbito clínico respecto a la utilización de estos programas estandarizados en función del diagnóstico. Respecto a su utilidad, Wilson (1996), en el que posiblemente sea uno de los trabajos más serios y polémicos de los realizados hasta la fecha en esta área, señala no solo la igualdad, sino la superioridad en los resultados clínicos al planificar el tratamiento a partir del diagnóstico y la utilización de terapias de manual.

Además, sobre la fiabilidad de la formulación, es decir, el acuerdo entre evaluadores, distintos autores han encontrado resultados no coincidentes. Mientras Luborsky y Diguer (1998) encontraron un acuerdo de moderado a bueno en las formulaciones psicodinámicas, posteriormente, una revisión de la investigación de formulación de casos cognitivos encontró resultados mixtos para la confiabilidad entre evaluadores, y concluyó que era “modesto en el mejor de los casos” (Bieling y Kuyken, 2003).

Otro elemento que también se ha intentado abordar ha sido el contraste de las hipótesis de la formulación de casos, comparando un grupo de pacientes usando un enfoque guiado por la formulación de casos basada en la evidencia, y otro de pacientes similares tratados en ensayos clínicos aleatorizados (Ghaderi, 2006; Persons, Roberts, Zalecki y Brechwald, 2006; Schulte *et al.*, 1992), así como la satisfacción de los usuarios respecto a la formulación de caso (Chadwick *et al.*, 2003; Evans y Parry, 1996; Hess, 2001; Morberg Pain *et al.*, 2008). Respecto a este último aspecto, los resultados apuntan que los pacientes son ambivalentes con respecto a la formulación.

Tomados en conjunto, podríamos decir que los resultados de los trabajos anteriores no parecen respaldar las afirmaciones de que la formulación mejora los resultados frente a la selección del tratamiento en función del diagnóstico, aunque la evidencia revisada sugiere que la investigación futura puede respaldar la formulación de casos al mostrar la

equivalencia de resultados entre el tratamiento guiado de manera manual y el tratamiento guiado por la formulación de casos. Sin embargo, es necesario también reconocer que la investigación sobre el uso de la formulación se ha limitado hasta ahora a estudios relativamente pequeños basados en la práctica en entornos de pacientes hospitalizados (Johnstone, 2011).

El impacto de este tipo de trabajos ha sido importante en estos años; no hay que ocultar que incluso el diseño de la colección en la que se inscribe este volumen responde, en cierto modo, a ese punto de vista. Las agencias aseguradoras y los agentes públicos, por un lado, y los estudios de efectividad, por otro, han visto una puerta abierta a la sistematización de la intervención psicológica a través del uso de herramientas diagnósticas sistematizadas y terapias de manual.

No se pretende aquí negar la utilidad de las terapias de manual, ni de los trabajos sobre la evidencia de la utilidad de distintas técnicas. Es innegable que la existencia de estos tratamientos empíricamente validados busca objetivos irrenunciables en la práctica clínica, como facilitar la toma de decisiones, homogeneizar y mejorar la calidad de la atención recibida por los pacientes y facilitar el entrenamiento y la supervisión clínica. El interés que ha despertado esta línea de trabajo y la evidencia acumulada en las últimas dos décadas resultan abrumadores, aunque algunos autores hablan de un estancamiento en este sentido (Tortella-Feliu *et al.*, 2016). Son multitud las publicaciones que han recogido y sistematizado los resultados encontrados (Chambless *et al.*, 1996, 1998; Chambless y Ollendick, 2001; Nathan y Gorman, 2015). Especial relevancia ha tenido en el impulso y diseminación de este tipo de tratamientos la *American Psychological Association*, a través del trabajo de la división de psicología clínica (división 12), que recoge y organiza los tratamientos empíricamente validados para distintos diagnósticos o problemas, e informa sobre su nivel de evidencia a partir de la calidad de la evidencia aportada. Esta asociación ha impulsado también el desarrollo de directrices o guías prácticas que dirijan las intervenciones, y pone especial énfasis en distinguir entre eficacia de las intervenciones y la efectividad o utilidad clínica de las mismas, con lo que se establece una diferenciación entre los tratamientos llevados a cabo en el contexto investigador y el contexto clínico.

En esa línea, en los últimos años se han desarrollado multitud de guías clínicas para distintos trastornos. Así, se podrían destacar las guías del *National Institute for Health and Care Excellence* (las conocidas como guías NICE), el trabajo realizado por la *Veterans Health Administration* estadounidense o las guías publicadas por la propia APA. Especial mención merece también el importante trabajo de sistematización realizado por la Biblioteca Cochrane. Estas guías y revisiones tienen efectos muy importantes, ya que no solo sirven para la toma de decisiones clínicas, sino también para la toma de decisiones administrativas sobre aspectos como qué tratamientos financiar.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, hay que reconocer que tenemos a nuestro alcance, como psicólogos clínicos, un gran volumen de información para ayudarnos en la toma de decisiones sobre los tratamientos que aplicar y cómo hacerlo.

Sin embargo, la situación no es tan sencilla. En primer lugar, los tratamientos

empíricamente validados se organizan, fundamentalmente, en torno a etiquetas diagnósticas; sin embargo, las herramientas diagnósticas y las propias categorías diagnósticas no han alcanzado un consenso tan amplio como se esperaba (por ejemplo, los trastornos de personalidad) y, en especial a partir de la publicación del DSM-5, las críticas sobre estos sistemas de clasificación se han disparado. Estas críticas, múltiples y diversas, se refieren, entre otros, a aspectos como su escasa fundamentación teórica, el elevado número de categorías clínicas que recogen y la elevada comorbilidad entre los distintos trastornos mentales, que cuestionan aspectos fundamentales como la validez y la fiabilidad de los mismos (Vázquez, Sánchez y Romero, 2014). Así, como se ha comentado en el [capítulo 3](#), en los últimos años han surgido o se han consolidado otras propuestas que plantean alternativas a estos sistemas, como son la perspectiva transdiagnóstica (Vázquez, Roca, Poyato y Pascual, 2017), la teoría de redes en psicopatología (Baños, Vara y Miragall, 2017), el modelo de clasificación jerárquica (Forbes *et al.*, 2016) o el sistema RDoC, propuesto por el *National Institute of Mental Health* estadounidense (Vila, 2017).

Por otro lado, la intervención psicológica muchas veces se realiza sobre problemas subclínicos (p. ej., miedo a los exámenes) o claramente no clínicos (p. ej., problemas de pareja), que no disponen de manuales que especifiquen las terapias más eficaces. Además, siguen existiendo trastornos para los que no se dispone de terapias de manual eficaces y el futuro ni siquiera es prometedor al respecto.

Además, como se comenta en el siguiente capítulo, los estudios de eficacia de las técnicas no son generalizables a los ámbitos clínicos habituales y los estudios de efectividad realizados en ambientes clínicos naturales son, a menudo, insuficientes para permitir mantener este tipo de relación directa entre el diagnóstico y la terapia de manual. A esta crítica, relacionada con la relevancia de los trabajos en los que se apoyan los tratamientos empíricamente validados, Tolin, McKay, Forman, Klonsky y Thombs (2015) añaden otras relacionadas con la falta de claridad de los ingredientes o elementos concretos de los tratamientos o con la propia fortaleza de la evidencia existente, y señalan la falta de atención prestada a los resultados negativos, la escasa consideración de la significación clínica en lugar de la estadística y la falta de atención a los resultados a largo plazo.

De esta forma, incluso los autores más próximos a esta postura y los propios manuales de las terapias en cuestión, indican la necesidad de personalizar el tratamiento en cada aplicación. Seleccionar entre técnicas alternativas que presentan eficacias similares, elegir las situaciones estimulares de cada persona o la planificación temporal de la intervención son aspectos que individualizar en la mayoría de las aplicaciones.

En esa línea, en los últimos años, diversos estudios han apuntado la necesidad de adaptar los tratamientos a las características de los pacientes. En palabras de Norcross y Wampold (2018), en los ensayos clínicos aleatorizados (*Randomized Clinical Trials*) quizá los pacientes son homogéneos en cuanto a su diagnóstico, pero la variabilidad más allá de este diagnóstico es la norma, por lo que habría que preguntarse no solo qué funciona, sino para quién. En ese sentido, la *Third Interdivisional APA Task Force on*

Evidence-Based Relationships and Responsiveness ha intentado organizar la evidencia existente, mediante la elaboración de metaanálisis, sobre estas adaptaciones a elementos más allá del diagnóstico, como son la cultura, la religión y espiritualidad, la preferencia de los pacientes en cuanto al tratamiento, resistencia al mismo, estadios de cambio, estilo de afrontamiento, estilo de apego, orientación sexual e identidad de género (los principales resultados se recogen en el cuadro 4.14 del [capítulo 4](#)), a partir de los cuales realiza una serie de recomendaciones para la investigación, la práctica clínica, la formación y el nivel político. Las recomendaciones para la práctica clínica se recogen en el [cuadro 6.2](#).

Cuadro 6.2. *Recomendaciones para la práctica clínica de la Third Interdivisional APA Task Force on Evidence-Based Relationships and Responsiveness (2018)*

1. Se anima a los profesionales a hacer de la creación y el cuidado de la relación de terapia un objetivo primordial del tratamiento
2. Se recomienda a los profesionales que evalúen los comportamientos relacionales (por ejemplo, alianza, empatía, cohesión) mediante las medidas clínicas más utilizadas, de manera que ayuden a obtener resultados más positivos
3. Se recomienda a los profesionales que se adapten o adapten la psicoterapia a esas características transdiagnósticas específicas de los clientes en formas que sean demostrables y probablemente efectivas
4. Los profesionales experimentarán un mayor éxito en el tratamiento mediante la evaluación periódica y la adaptación de la psicoterapia a las identidades culturales de los clientes (definidas de forma amplia)
5. Se anima a los profesionales a monitorizar de forma rutinaria la satisfacción de los pacientes con la relación de la terapia, con los esfuerzos para el cambio y la respuesta al tratamiento, lo que puede conducir a mayores oportunidades para restablecer la colaboración, mejorar la relación, modificar estrategias técnicas e investigar factores externos a la terapia que puedan estar impidiendo sus efectos
6. Se recomienda a los profesionales que utilicen, simultáneamente, relaciones basadas en la evidencia y tratamientos basados en la evidencia adaptados al paciente, ya que es probable que generen los mejores resultados en psicoterapia

Un paso más allá se sitúan aquellos casos en los que la persona presente más de un diagnóstico, como, por ejemplo, depresión y dependencia alcohólica. Todos los clínicos saben que, desafortunadamente, la mayoría de los problemas no aparecen solos y que el doble o triple diagnóstico es mucho más frecuente de lo que nos gustaría. Desgraciadamente, la investigación no ha dispuesto terapias de manual para todas las posibles combinaciones entre trastornos. La realidad es que ni siquiera las combinaciones más frecuentes en los estudios de comorbilidad han recibido la atención necesaria, aunque, en los últimos años, desde la perspectiva transdiagnóstica se han realizado propuestas interesantes, por ejemplo, para los trastornos emocionales (Barlow *et al.*, 2015).

A menudo se ha defendido la inutilidad de la formulación clínica basándose en la efectividad de la selección de tratamiento a partir del diagnóstico, y se ha entendido que

esto implicaba la ausencia de un modelo teórico. Nada más alejado de la realidad. Cualquier propuesta acerca de un tratamiento para un problema dado implica, necesariamente, la consideración de un modelo teórico del trastorno que justifique la intervención. Es decir, la formulación no se elimina del proceso, sino que se hace de forma implícita y se asume la propuesta por el autor de la terapia en cuestión. Quiere decirse que, cuando elegimos una terapia de exposición y prevención de respuesta para aplicar en un caso diagnosticado con un trastorno obsesivo-compulsivo, no estamos eliminando la formulación del caso, estamos aplicando los modelos de formulación que han llevado a la elaboración de ese tipo de terapias y no consideramos otras alternativas dinámicas o biologicistas, por ejemplo. Pero, es más, al aplicar la exposición y prevención de respuesta a nuestro caso, nos resultará imprescindible conocer las jerarquías de ansiedad, las estrategias de afrontamiento y los niveles de apoyo social de nuestro paciente; no nos sirve ninguna pauta general para planificar la intervención. La personalización del tratamiento al ritmo de avance del paciente profundiza todavía más en la necesaria individualización de la intervención.

Para resumir lo anterior, pueden ser muy ilustrativas las palabras de Haynes, Godoy y Gavino (2011: 19):

Si el diagnóstico de los problemas del paciente permite elegir un tratamiento que se sabe que es eficaz, y dicho tratamiento resulta aplicable, debe utilizarse ese tratamiento [...] Si ningún tratamiento con apoyo empírico resulta aplicable, o no existe dicho tipo de tratamiento, o el problema a tratar no constituye un trastorno clínico [...], conviene realizar una formulación clínica del caso que permita averiguar con precisión qué problemas deben tratarse, en qué orden y de qué forma.

Pero yendo un paso más allá, un punto de vista integrador debe asegurar la personalización del tratamiento a partir de la formulación, y a la vez, debe aprovechar todo el conocimiento acumulado mediante la evidencia empírica acerca de qué tratamientos son más eficaces y efectivos, para qué trastornos y sobre qué modelos teóricos se sustentan. De esta forma, al llegar a este punto del proceso de EPC, el evaluador habrá puesto en relación su formulación clínica con los modelos teóricos de los trastornos o problemas identificados en el análisis descriptivo. Es el momento de diseñar el tratamiento considerando la efectividad de las terapias de manual propuestas para este tipo de problemas, por un lado, y las particularidades únicas de cada persona, por otro. Vale la pena, entonces, dedicar algún espacio para destacar algunas herramientas básicas de diseño de tratamientos que pueden, y deben, combinarse con los esquemas propuestos en cada caso por los distintos manuales de las principales psicoterapias actuales.

6.4. Apuntes para la planificación del tratamiento

Como se ha comentado previamente, existen diferentes alternativas para el diseño o la elección del tratamiento que, a menudo, son presentadas como enfrentadas e incompatibles. Sin embargo, los autores apuestan por la que creen que es la alternativa

que mejor se adapta a la realidad de la práctica clínica: una visión integradora en la que el diseño del tratamiento parte de la formulación del caso e integra la evidencia disponible sobre la eficacia y efectividad sobre los tratamientos para los distintos trastornos o problemas. Por lo tanto, será la formulación del caso el punto de partida del diseño del tratamiento, a lo que tendremos que prestar atención para responder a preguntas centrales como qué queremos modificar y qué tendremos que manipular para ello o sobre qué tendremos que trabajar para conseguirlo.

Tras ello, tendremos que apoyarnos en la evidencia existente, si es posible, para determinar cómo podemos hacerlo en función de las particularidades del caso y la realidad del paciente, es decir, la decisión sobre qué técnicas incorporar.

Sin embargo, uno de los puntos débiles que inciden en el cuestionamiento de la utilidad de la formulación clínica es precisamente este, el de diseñar un tratamiento a partir de las hipótesis o modelos de formulación. De hecho, considerando la importancia capital del tema, son muy pocas las publicaciones que abordan el mismo. En la mayoría de los manuales se pasa de puntillas sobre este punto y se indica que la intervención se diseñará a partir de la formulación y poco más. Algunos esfuerzos por aportar pautas o estrategias que ayuden a sistematizar esta actividad del proceso de EPC, incluso utilizando sistemas expertos de inteligencia artificial, no han tenido demasiado éxito o han supuesto un fracaso estrepitoso (Godoy, 1996).

A continuación, y teniendo en cuenta todo lo dicho hasta el momento, se hace un esfuerzo por reunir algunas de las líneas de derivación de tratamientos más empleadas, siguiendo a Peter Sturmey (1996) en este acercamiento. Una vez que se dispone de la formulación y la lista de objetivos, se está en disposición de comenzar a diseñar o derivar un tratamiento. Para diseñar un tratamiento a partir de una formulación, es necesario determinar los objetivos que conseguir, identificar las variables sobre las que se quiere y se puede intervenir, deben seleccionarse las técnicas para controlar o modificar esas variables (considerando la evidencia acumulada sobre los tratamientos empíricamente validados para diferentes trastornos y problemas) y, finalmente, debe especificarse un plan temporal y de recursos de actuación. Este esquema de planificación del tratamiento se recoge en la [figura 6.1](#):

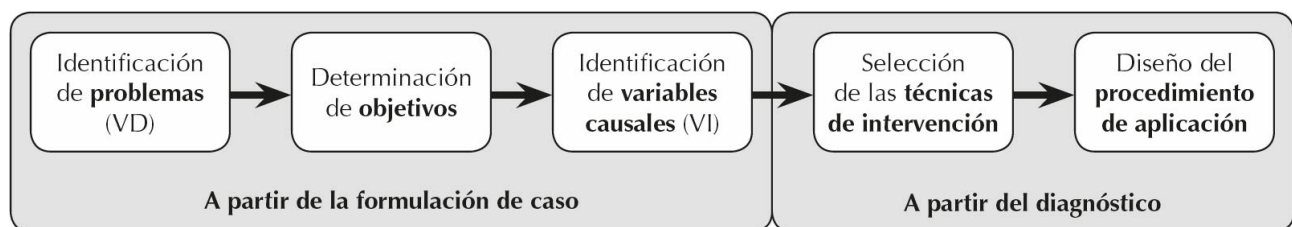


Figura 6.1. Esquema de diseño del tratamiento.

6.4.1. *Objetivos de la intervención*

La formulación del caso recoge, entre otros aspectos, los problemas identificados para el

caso concreto que hemos evaluado, lo que podría identificarse con las variables dependientes del mismo. Los objetivos se relacionarán directamente con estos problemas. Sin embargo, aun en el caso de que dos pacientes presentaran problemas iguales o muy similares, los objetivos podrían no ser los mismos. Por ejemplo, en un caso en el que uno de los problemas sea el consumo excesivo de alcohol por parte del paciente, los objetivos pueden ser diversos. Así, en unos casos el objetivo será la abstinencia, mientras en otros se pueden valorar objetivos de reducción de dicho consumo (en la línea de las intervenciones de reducción del daño), en función del tiempo de consumo, la situación de la persona, los resultados de tratamientos previos, etc. El psicólogo habrá de convenir con el paciente una lista de objetivos de la intervención ajustada y pactada entre ambas partes. Es obvio que los objetivos de los pacientes no siempre coinciden con los de los terapeutas, por lo que será función del evaluador entender los objetivos del paciente e incluirlos en la formulación global para, en este momento del proceso de EPC, poder ayudar al paciente a establecer unos objetivos realistas y ajustados a sus necesidades y posibilidades. Esta actuación se puede considerar uno de los aspectos claves a la hora de articular la relación entre la formulación y el tratamiento. Igualmente, la formulación de unos objetivos claros y descriptivos ayudará a evaluar el cambio y la efectividad de la intervención. De hecho, la consecución paulatina de los mismos durante la intervención irá indicando el final del tratamiento y será uno de los mejores indicadores de su éxito relativo.

El campo de investigación sobre la formulación de objetivos de intervención (*targeting*) no es tan amplio como cabría esperar si se considera su importancia para el proceso de evaluación y tratamiento. Las principales conclusiones de los trabajos, esencialmente teóricos, realizados para facilitar esta tarea, se resumen a continuación. Así, los objetivos de una intervención:

- Deben mantenerse en un plano descriptivo.
- Deben hacer énfasis en conseguir que el sujeto obtenga un nivel de ejecución efectivo en su medio ambiente.
- Deben considerar la especificidad de las situaciones e incluir las situaciones y contextos en su definición.
- Deben ser individualizados para cada persona y nacer de la formulación clínica del caso.
- Debe considerarse como regla general que siempre es mejor construir que destruir, esto indica que los objetivos deben redactarse en forma positiva, sobre lo que debe ocurrir, mejor que sobre lo que no debe ocurrir.
- Deben tenerse en cuenta, igualmente, las jerarquías de habilidades y las conductas de acceso a la hora de señalar los objetivos (conductas claves que permitan el acceso a ambientes en los que es más fácil obtener recompensas).
- Pueden incluir la modificación de constructos hipotéticos como meta de la intervención (p. ej., autoconcepto, autoeficacia).
- Deben considerar los criterios diagnósticos (DSM o CIE) o, en su caso, enfoques

dimensionales de la psicopatología como el enfoque transdiagnóstico o el modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología.

- Deben tener en cuenta los modelos teóricos que sustentan la formulación del caso.
- Deben distinguir entre objetivos generales (mejorar la salud y la calidad de vida de la persona) y específicos (propios del caso).
- Antes de su delimitación final, habrá que considerar, a la hora de formular objetivos, los criterios de adaptación, validez social y legalidad.
- Deben redactarse en función del paciente y no del terapeuta (es mejor que el paciente aprenda a relajarse que enseñar al paciente a relajarse).

En cualquier caso, la meta final de esta fase es el establecimiento de una lista de objetivos. Todas las características indicadas al hablar de la lista de problemas son aplicables, salvando las diferencias, en este punto. Un buen momento para plantear al paciente este tipo de trabajo puede ser la fase final de la entrevista de devolución de información. Una vez planteada a la persona nuestra interpretación y conceptualización de su problema, puede pasarse a sugerir la conveniencia de plantear unos objetivos adaptativos para el tratamiento que comienza. Este hecho ayuda al psicólogo a dirigir la atención del paciente hacia la formulación, mientras se discuten los objetivos de la intervención, y sitúa esta discusión en un marco, temporal y conceptual, muy adecuado.

6.4.2. Elección de variables sobre las que intervenir

El primer paso en la derivación de tratamientos a partir de los modelos de formulación clínica siempre será el de decidir sobre qué variables se va a intervenir. Los modelos de formulación deben haber identificado algunas relaciones entre variables que señalen aquellas que determinan o controlan la frecuencia, intensidad y duración de los problemas de la persona. Ya se ha visto que algunas de esas variables serán inmodificables o caerán fuera de nuestro control, mientras que otras aportarán poco al conjunto del caso y unas terceras explicarán una parte importante del mismo y entrarán dentro de nuestras posibilidades de control. Sin duda, este último grupo de variables es el primero en la lista de candidatos a ser incluidos en el tratamiento. Nelson las llamó las *piedras angulares* a partir de las cuales construir el tratamiento.

En muchas ocasiones, no es tan sencillo delimitar el papel de cada variable y mucho menos establecer las relaciones existentes entre ellas hasta el punto de poder identificar este tipo de *piedras angulares*. En este sentido, Nezu *et al.* (1997) tratan de establecer el valor de cada alternativa derivada de la formulación en función de cuatro criterios:

1. *Consecuencias personales.* ¿Qué esfuerzo, tiempo y otros recursos deben emplearse para solucionar el problema? ¿Cuál es el coste, o ganancia emocional de conseguir la meta propuesta? ¿El resultado es coherente con el sistema ético y de valores del paciente? ¿Existen riesgos por producir el cambio? ¿Cómo afecta el cambio a otras áreas del funcionamiento personal?

2. *Consecuencias sociales.* ¿Cuál puede ser el efecto del cambio en las personas significativas del entorno del paciente (pareja, hijos, etc.)?
3. *Efectos a corto plazo.* ¿Cuál es el impacto inmediato del cambio en los demás problemas del paciente?
4. *Efectos a largo plazo.* ¿Cuál será el efecto del cambio en el funcionamiento global de la persona a medio y largo plazo?

Para apoyar este proceso de elección de variables, Sturmey (1996; 2011) recoge algunas estrategias útiles en estos momentos. Debe considerarse que, aunque en este punto la atención se centra en la elección de variables, la distinción entre objetivos, variables o técnicas de intervención no es siempre tan fácil de mantener en la práctica. Algunas de las estrategias propuestas van más allá de la simple elección de variables e inciden en la selección de técnicas o, incluso, en la temporización del tratamiento.

A) Estrategias basadas en las respuestas

El modelo de formulación y los análisis funcionales de los problemas deben haber indicado la organización de los conjuntos de respuestas incluidas en los mismos. De esta forma, se habrá establecido la posible existencia de jerarquías de respuestas, cadenas de respuestas y las correlaciones positivas y negativas entre distintos conjuntos de respuestas.

En el primer caso, parece obvio que resultará más sencilla y ágil la modificación de un conjunto amplio de respuestas si se accede a los eslabones altos del esquema jerárquico. Por ejemplo, uno puede eternizarse abordando problema por problema todos aquellos relacionados con una falta de asertividad en múltiples situaciones. En cambio, se puede avanzar más deprisa si se actúa sobre el nivel más alto de la jerarquía, que pudiera ser una falta de asertividad por miedo a ser poco valorado. La intervención sobre este nivel de la jerarquía debe producir un cambio casi simultáneo en muchas de las situaciones implicadas sin necesidad de un entrenamiento laborioso situación por situación.

En segundo lugar, en aquellos casos en los que se identifique una cadena de respuestas, la actuación debe incluir todos los eslabones de la misma y no solo los finales, posiblemente los más claramente problemáticos. De hecho, la probabilidad de producir un cambio aumentará mucho y el proceso será más sencillo y más rápido si se consigue actuar sobre los eslabones iniciales, más alejados de la recompensa final y, frecuentemente, con menor carga emocional. Por ejemplo, es más fácil entrenar a una pareja a controlar sus discusiones si se le enseña a actuar al principio de las mismas que cuando el enfrentamiento haya llegado a su punto álgido.

En tercer lugar, si el objetivo es el de promover la aparición de respuestas incompatibles con otras, será mejor considerar aquellos conjuntos de respuestas que ya aparecen en el repertorio de la persona y que tienden a presentar incompatibilidades con

el comportamiento problemático que iniciar un entrenamiento en nuevos conjuntos de habilidades. Esta posibilidad costará más tiempo y esfuerzo, y nunca tendremos pruebas de su eficacia hasta haber conseguido unos niveles mínimos de entrenamiento. A veces, uno puede dedicar algunos meses a entrenar un grupo de habilidades para, finalmente, caer en la cuenta de que no consigue inhibir el problema. En muchas de esas ocasiones, la persona ya disponía de un conjunto de habilidades que funcionaban y que, además, encajaban mejor con el estilo personal propio del paciente. En esta misma línea, debe remarcarse la optimización de los tratamientos que se consigue ajustándolos a los estilos personales de los pacientes y no a la inversa. Como señala la filosofía zen, los vientos fuertes los resisten mejor los árboles flexibles. Es mejor adaptar las posibilidades de la persona a una situación dada de forma flexible y personalizada, que intentar crear una superestructura de comportamientos sólidamente construida, pero que ni se adapte a la situación, ni pueda ser mantenida por el propio paciente sin la ayuda del terapeuta. Las indicaciones más actuales respecto a que, frente a las visiones tradicionales centradas en los problemas, resulta muy conveniente contrapesar dirigiendo la atención hacia los recursos positivos de las personas y la potenciación de los mismos en su comportamiento resultan claves en esta mirada a la investigación e intervención que nos propone la psicología positiva (por otra parte, no tan alejada de los enfoques más clásicos de potenciación y capacitación o de competencia).

B) Estrategias basadas en las consecuencias

En los análisis funcionales de los problemas y en la propia formulación, es frecuente identificar sucesos que actúan como consecuencias para algunos comportamientos del paciente, y que colaboran de este modo en el mantenimiento del problema. No cabe duda de que, en estos casos, puede resultar muy conveniente provocar un cambio en la relación de las consecuencias con los diversos comportamientos implicados. La mejor opción, casi siempre, será la de dirigir las consecuencias positivas hacia los comportamientos adaptativos e iniciar procedimientos de extinción o castigo para los desadaptativos. Este tipo de programas de control de contingencias ha demostrado una eficacia ejemplar en los comportamientos de autolesiones, estereotipias y otros comportamientos desadaptativos en personas con retrasos severos en el desarrollo, pero pueden ser igualmente útiles en el control de otros repertorios de comportamiento más generales.

De forma más general, aquellos conjuntos de consecuencias que parecen preocupar más al paciente, frecuentemente, señalan las áreas más problemáticas y de mayor dificultad para la persona. Ya se indicó, en su momento, la utilidad de las técnicas de ideales de vida para identificar este tipo de procesos.

En la mayoría de las ocasiones, el control de contingencias se asocia a los comportamientos emitidos por las personas del contexto próximo al paciente (familiares, compañeros, etc.). Siempre que sea posible, el psicólogo deberá incluir a estas personas en los programas de intervención, de modo que sea posible indicarles o ayudarles a

controlar de forma más adaptativa las contingencias que mantienen los comportamientos de nuestro paciente.

C) Estrategias basadas en los antecedentes

Al realizar el análisis de secuencias, es muy frecuente identificar situaciones en las que el problema aparece con mayor frecuencia, intensidad o duración, y situaciones en las que los parámetros son menores o, sencillamente, el problema no aparece. Este hecho señala, en primer lugar, las situaciones que controlan el problema, y en segundo, ayuda a identificar las variables que inciden en la aparición del mismo. Esta información es muy útil a la hora de diseñar el tratamiento, ya que indica las variables que, de hecho, ya están controlando el comportamiento de la persona. En muchas ocasiones, esta información se utiliza para seleccionar variables y para delimitar la temporización del tratamiento. Por ejemplo, es frecuente identificar cómo un fumador fuma más en situaciones sociales. Esta información puede definir algunas de las líneas de intervención y ayudar a planificar las estrategias para cada situación de forma diferencial en la forma y en el tiempo.

Una de las relaciones más frecuentemente incluidas en las formulaciones clínicas tiene que ver con las reacciones (ansiedad, estrés, etc.) de las personas ante distintos estímulos o situaciones. En estos casos, la delimitación del estímulo es clave para la selección del tratamiento. Un buen ejemplo lo pueden constituir los estímulos fóbicos, que desencadenan reacciones de miedo en las personas. Parece claro que para decidir el tipo de tratamiento es imprescindible identificar el estímulo o conjunto de estímulos y distinguir entre distintas intensidades del mismo.

Finalmente, dentro de este grupo de estrategias, en ciertas ocasiones algunos estímulos se identifican como iniciadores (activadores o inhibidores) de toda una cadena comportamental. En estos casos, el control de estímulos puede llegar a convertirse en una de las estrategias de cambio utilizadas por el terapeuta. Es obvio que, para conseguir ese control de estímulos, el psicólogo debe conocer con detalle el funcionamiento de los mismos e incluirlos en el diseño del tratamiento.

D) Estrategias relacionadas con el desarrollo

Mediante el análisis del desarrollo de los problemas, se puede llegar a identificar distintas variables que, a lo largo de la vida, pueden haber jugado, y seguir jugando, un papel importante en el inicio, desarrollo y mantenimiento de los problemas de la persona. Factores propios del desarrollo personal, situaciones vividas por la persona, estabilidad de ciertos comportamientos o contingencias y estados de cambio pueden suponer algunos de los ejemplos más claros al respecto.

Las posibles dificultades o deterioros en el desarrollo de la persona pueden ofrecer un marco explicativo de algunos problemas y, aunque generalmente es difícil incidir y

modificar este tipo de variables, sí puede actuarse sobre sus consecuencias una vez que se han comprendido mejor. Por otra parte, las situaciones vitales a las que se ha podido ver expuesta la persona a lo largo de su vida pueden determinar algunos problemas actuales. Los procesos de aprendizaje relacionados con asociaciones clásicas o pavlovianas, aprendizajes vicarios o de reglas pueden controlar el comportamiento actual de la persona y, en ese sentido, ser fuente de variables incluidas en los tratamientos.

Dentro de los sucesos vitales estresantes tienen una especial importancia aquellos que hayan podido implicar transacciones traumáticas: el abuso sexual, las agresiones de todo tipo, las catástrofes, etc., que se configuran en conjuntos de variables a considerar en las intervenciones. Por último, conocer qué situaciones han controlado el problema anteriormente, si es que ha llegado a ocurrir, puede ayudarnos a identificar las variables que habrá que incluir en el tratamiento actual.

Otro aspecto algo distinto de los anteriores tiene que ver con el estudio de aquellos patrones de comportamiento o de contingencias que se han mantenido durante largos periodos de la vida de la persona y que pueden considerarse inherentes a su comportamiento actual. Por ejemplo, algunos patrones de relación con la autoridad se mantienen desde la infancia o adolescencia y trascienden todas las figuras de autoridad, las variables implicadas deben ser muy similares, sino las mismas, en todas esas situaciones. Para terminar esta categoría, el reconocimiento del estadio de cambio (DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985) en el que se encuentra la persona en cada momento puede determinar el tipo de actuación, ya que, como se verá, es necesario tener un conocimiento de ese tipo de variables para su inclusión en el diseño temporal del tratamiento.

E) Cambiar estrategias de afrontamiento

En ocasiones, el psicólogo contemplará ciertos conjuntos especiales de respuestas que se agrupan bajo la etiqueta de habilidades, características o estilos de afrontamiento. En un número importante de pacientes, la modificación, en distintos sentidos, de este tipo de estrategias se constituye como uno de los objetivos de la intervención. El paciente puede presentar estrategias de afrontamiento que perpetúen o incidan en la génesis de los problemas y, a la vez, estrategias que tienen cierto éxito en el control de los mismos. El psicólogo debe identificar adecuadamente cómo se han adelantado, con un criterio constructivo, aquellas estrategias de afrontamiento para eliminar y aquellas para fomentar en cada caso y situación.

F) Estrategias basadas en el diagnóstico y estrategias nomotéticas

Ya se ha dedicado algún espacio a señalar las limitaciones de las estrategias exclusivamente ideográficas para el diseño de los tratamientos. También se han señalado las dificultades encontradas en el empleo de estrategias exclusivamente nomotéticas o

taxonómicas. Parece claro que cualquier acercamiento a este tema deberá considerar estrategias ideográficas, como las recogidas hasta ahora en este bloque, y estrategias nomotéticas derivadas de los modelos teóricos psicopatológicos y de las terapias de manual propuestas para tratar cada una de las principales categorías diagnósticas. Parece claro, entonces, que la selección de variables sobre las que intervenir tendrá que tener en cuenta aquellas incluidas en los modelos teóricos sobre los que se asientan las terapias con base empírica, para poder desarrollar de forma personalizada el tratamiento con mayor evidencia para cada trastorno. Un acercamiento razonable para el clínico podría suponer la revisión de los principales modelos propuestos para los trastornos que presente el paciente y analizar en cierto detalle el ajuste de cada uno de ellos, de forma completa o por segmentos, al caso en cuestión. Hay que recordar que, en esta ocasión, el orden de los factores sí altera el producto. No es lo mismo estudiar el ajuste de los modelos a nuestro caso que encajar nuestro caso en los modelos que conocemos.

De forma complementaria, el evaluador puede emplear otras alternativas taxonómicas para ayudarse en esta compleja tarea. Entre ellas, caben destacar las siguientes:

- *Experiencia clínica anterior*: el estudio de casos clínicos anteriores, propios o publicados por otros autores, que pudieran tener un parecido con el actual puede dar indicios en la búsqueda y definición de las variables sobre las que intervenir y las técnicas que utilizar.
- *Modelos matemáticos*: esta herramienta está empezando a usarse en la EPC, aunque ha sido utilizada con éxito en otras disciplinas. Se trata de aplicar modelos de decisión matemática a los problemas. Los modelos de análisis matemático de contingencias o la aplicación incipiente de modelos multivariados al caso individual pueden ser herramientas de gran futuro en este ámbito.
- *Decisiones clínicas*: igualmente, pueden seleccionarse variables en función de criterios *clínicos* (no especificados). Se trata de aquellas decisiones tomadas sobre la base de heurísticos no descritos por el evaluador. Son decisiones menos justificadas, pero que han demostrado su utilidad cuando el evaluador dispone de una experiencia notable en el tratamiento de problemas similares.

6.4.3. Selección de las técnicas

Una vez decididas las variables y situaciones objeto de intervención, se debe pasar a la selección de las técnicas de psicoterapia más adecuadas en cada caso. Este es el momento en el que la influencia de las denominadas *terapias de manual* es más evidente. La consideración de los protocolos incluidos en este tipo de manuales es una de las fuentes más importantes y determinantes a la hora de seleccionar las técnicas de intervención. La evidencia acumulada respecto a la superioridad de algunos procedimientos respecto a otros se configura como uno de los criterios de selección de estrategias de intervención más importante en la actualidad.

En algunos países existen directrices de las aseguradoras y agencias públicas al respecto y, subsidiariamente, comienzan a aparecer las primeras denuncias de malas prácticas profesionales contra psicólogos. El psicólogo, al elegir una u otra alternativa, puede hacer un ejercicio consistente en imaginar que, sentado en un estrado, responde ante un juez la pregunta del fiscal: “Si usted conocía la mayor efectividad de esta técnica, ¿por qué utilizó otra?”.

Como ya se ha mencionado previamente, existe mucha información disponible sobre los tratamientos basados en la evidencia para distintos trastornos o problemas. Son multitud las publicaciones las que han recogido y sistematizado los resultados encontrados (Chambless *et al.*, 1996, 1998; Chambles y Ollendick, 2001; Nathan y Gorman, 2015) y las entidades que han impulsado la difusión de este tipo de evidencia, como la División 12 de la *American Psychological Association*, que recoge y organiza los tratamientos empíricamente validados para más de treinta y dos diagnósticos o problemas en su página web, e informa sobre su nivel de evidencia a partir de la calidad de la evidencia aportada; o la Biblioteca Cochrane, organismo sin ánimo de lucro, cuyo objetivo es elaborar revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados y otros tipos de estudios para ayudar a la toma de decisiones clínicas y sanitarias bien informadas.

También es importante destacar el trabajo de instituciones que se han apoyado en esta evidencia para elaborar guías para la práctica clínica, entre las que destaca el *National Institute for Health and Care Excellence* (que elabora las conocidas como guías NICE) o la propia *American Psychological Association*. Las páginas webs de estas instituciones se incluyen en el material para el terapeuta.

En España, también se han publicado interesantes revisiones que recogen estos tratamientos empíricamente validados (Labrador, Echeburua y Becoña, 2001; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2010; Labrador y Crespo, 2012). Sin embargo, el interés institucional en la elaboración y actualización de estas guías ha sido quizá menor que el existente en otros países. Concretamente, las guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud incluyen veintiuna guías en la categoría de trastornos mentales, la mayoría de las cuales no se encuentran actualizadas.

En la página web del Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid puede encontrarse un interesante proyecto de innovación educativa, “Guía de referencia rápida de tratamientos psicológicos con apoyo empírico”, dirigido por la profesora María Crespo, que presenta guías de referencia rápida sobre tratamientos empíricamente validados para distintos trastornos, así como material relevante relacionado con el tema.

En el [cuadro 6.3](#) se incluyen los tratamientos psicológicos con evidencia empírica para distintos trastornos según la información disponible en la página de la *American Psychological Association*.

Cuadro 6.3. Tratamientos psicológicos con evidencia empírica para distintos trastornos

<i>Trastorno</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Nivel de evidencia</i>
Alcohol	Terapia conductual de pareja	1
	Consumo moderado	2
	Manejo de contingencias basado en premios	2
Anorexia nerviosa	Terapia cognitivo-conductual	2 (para la prevención de recaídas) 3 (para la ganancia de peso)
	Tratamiento basado en la familia	2015: 4 1998: 1
TDH (adultos)	Terapia cognitivo-conductual	1
Trastorno por atracón	Terapia cognitivo-conductual	2015: 4 1998: 2
	Terapia interpersonal	1
Trastorno bipolar	Terapia cognitiva	2 (para la depresión) 1 (para manía)
	Terapia centrada en la familia (FFT)	1 (para depresión)
	Terapia interpersonal y de ritmo social (IPSRT)	2 (para depresión)
	Psicoeducación	1 (para manía) 2 (para depresión)
	<i>Systematic care</i>	1 (para manía)

<i>Trastorno</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Nivel de evidencia</i>
Trastorno de personalidad límite	Terapia dialéctico conductual	2015: 4 1998: 2
	Tratamiento basado en la mentalización	2
	Terapia centradas en esquemas	2
	Terapia centrada en la transferencia	1/3
Bulimia nerviosa	Terapia cognitivo-conductual	1
	Tratamiento basado en la familia	2
	Programa de peso saludable	3
	Psicoterapia interpersonal	2015: 4 1998: 2
Cocaína	Manejo de contingencias basado en premios	2
Depresión	Terapia de aceptación y compromiso	2015: 4 1998: 2
	Activación conductual	2015: 4 1998: 1
	Sistema de análisis cognitivo-conductual	1
	Terapia cognitiva	2015: 4 1998: 1
	Terapia centrada en la emoción	2015: 4 1998: 2
	Psicoterapia interpersonal	2015: 4 1998: 1
	<i>Self-management/self-control therapy for depression</i>	1
	Terapia de solución de problemas	2015: 4 1998: 1
	Terapia conductual racional emotiva	2
	<i>Reminiscence/life review therapy for depression</i>	2
	<i>Self-system therapy for depression</i>	2
	Terapia psicodinámica breve	2
	Terapia cognitivo-conductual para la depresión (en diabetes)	2015: 4 1998: 1

<i>Trastorno</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Nivel de evidencia</i>
Trastorno de ansiedad generalizada	Terapia cognitivo-conductual	1
Insomnio	Tratamientos basados en <i>biofeedback</i>	2
	Terapia cognitivo-conductual	2015: 4 1998: 1
	Intención paradójica	1
	Entrenamiento en relajación	1
	Terapia de restricción del sueño	1
	Terapia de control de estímulos	1
Condiciones mixtas de ansiedad	<i>Acceptance and commitment therapy</i>	2015: 4 1998: 2
Dependencia/abuso de sustancias	<i>Friends care</i> para dependencia/abuso de sustancias	2
	Cambio autoguiado	2
	Entrevista motivacional, terapia de mejora motivacional (MET) y MET más TCC	1
	Manejo de contingencias basado en premios	1
	<i>Seeking safety</i>	1 (adultos) 2 (adolescentes)
Trastorno obsesivo-compulsivo	Exposición con prevención de respuesta	2015: 4 1998: 1
	Terapia cognitivo-conductual	2015: 4 1998: 1
	Terapia de aceptación y compromiso	2
Trastorno de pánico	Relajación	2
	Terapia cognitivo-conductual	2015: 4 1998: 1
	Tratamiento psicoanalítico	2/3
Trastorno de estrés postraumático	Terapia de procesamiento cognitivo	2015: 4 1998: 1
	EMDR	–
	Terapia centrada en el presente	
	Terapia de exposición prolongada	2015: 4 1998: 1
	<i>Debriefing</i> psicológico	5
	Entrenamiento en inoculación de estrés	2
	<i>Seeking safety</i> (para TEPT con uso de sustancias)	1

<i>Trastorno</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Nivel de evidencia</i>
Esquizofrenia y otros trastornos mentales graves	Tratamiento comunitario asertivo (ACT)	1
	<i>Cognitive adaptation training</i> (CAT)	2
	Terapia cognitivo-conductual	1
	<i>Cognitive remediation for schizophrenia</i>	1
	Psicoeducación familiar	1
	Manejo de la enfermedad y recuperación (IMR)	2
	Aprendizaje social/programas de economía de fichas/entrenamiento en habilidades sociales (SST)	1
	Empleo con apoyo	1
	Terapia de aceptación y compromiso	2
Consumo de tabaco	Cese del consumo con prevención de la ganancia de peso	2
Trastorno de ansiedad social y ansiedad a hablar en público	Terapia cognitivo-conductual	2015: 4 1998: 1
Fobias específicas	Terapias de exposición	1

1: Tratamiento bien establecido.

2: Tratamiento probablemente eficaz.

3: Tratamiento controvertido.

4: Pendiente de reevaluación.

5: Sin apoyo/potencialmente perjudicial.

La aparente contundencia de este cuadro debe contrapesarse con los argumentos esgrimidos anteriormente respecto a la necesidad de ser cautos a la hora de aplicar los tratamientos de manual.

Ya se ha destacado que son muy pocas las ocasiones en que pueden aplicarse directamente estos tratamientos a partir exclusivamente del diagnóstico, y habitualmente precisan de un ajuste personalizado al paciente mediante la utilización de la información incluida en la formulación clínica del caso. A pesar de esto, este tipo de información tiene una gran importancia a la hora de diseñar los tratamientos.

Para ayudar a esta selección en aquellos casos en los que se decida introducir cambios en el protocolo propuesto por los manuales, o en aquellos en que el propio psicólogo, considerando todo lo anterior, se decida a planificar completamente el

tratamiento, se puede señalar una lista de criterios de selección presentes en todos los casos y que pueden guiar la elección de estrategias:

1. Cada técnica seleccionada debe disponer de un cuerpo de investigación que avale su utilidad en el control de este tipo de variables, no de trastornos, puesto que un mismo trastorno puede responder a esquemas funcionales distintos.
2. Posibilidad real de puesta en marcha de cada técnica en nuestro caso (sujeto, problema, recursos, etc.) con garantías de eficacia.
3. Nivel de experiencia personal previo con cada técnica en cuestión. Debe disponerse de un correcto entrenamiento antes de pasar a la aplicación de las distintas técnicas de psicoterapia.
4. Consideración de criterios económicos, debe compararse la idoneidad de distintas estrategias igualmente efectivas en el control de la variable meta, desde los criterios económicos. A igualdad de todas las demás variables, siempre debe escogerse la más barata.
5. Considerar las estrategias previas de que dispone la persona, su estilo de afrontamiento y otras variables implicadas. Igualmente, es muy beneficioso contemplar la opinión de la persona respecto a qué técnica le conviene más o le resultaría más fácil llevar a cabo. Evidentemente, este proceso se realiza siempre bajo la guía del terapeuta.

6.4.4. Temporización del tratamiento

Una vez elegidas las técnicas que se van a utilizar, solo resta ordenarlas temporalmente y comenzar su aplicación. El segundo paso recae más allá del límite de este libro. En cuanto al primero, el criterio tradicional sugería que siempre debe comenzarse el tratamiento por aquel problema que revistiese mayor gravedad o provocase mayor malestar en la persona. Aun manteniendo este criterio básico, los avances producidos en el campo de la psicoterapia y la terapia de conducta en particular hacen necesario añadir una lista más amplia de criterios en la toma de decisiones, que se resumen en cuatro grupos:

1. *Criterios de gravedad:* lo tradicional es comenzar la intervención por aquel problema que cause mayor malestar a la persona. Este debe complementarse con aquellos otros que señalan la gravedad social o el papel teórico de cada variable en el trastorno como elementos claves de decisión. Es cierto que los criterios sociales y psicopatológicos han sido utilizados por muchos regímenes totalitarios como excusa para el internamiento de disidentes y, de esta forma, se han usado como herramientas represivas. La legislación y la ética profesional y personal del psicólogo deben proteger al paciente de este tipo de abusos para garantizar una interpretación no coercitiva de las conveniencias sociales y de los modelos

psicopatológicos; ¿debe dejarse de intervenir en un caso de malos tratos porque la persona agresora no se sienta mal o no sienta que las agresiones son uno de sus problemas?, ¿debe dejarse de intervenir en un caso con delirios paranoides porque la persona no piense que esos pensamientos son problemáticos para ella?

2. *Criterios constructivos*: siempre habrá que comenzar entrenando a la persona en aquellas habilidades más básicas, para posteriormente ir construyendo sobre las primeras. Es decir, la intervención debe ajustarse al principio de aproximaciones sucesivas y de jerarquía de habilidades. Dará mejores resultados construir que destruir. Por ejemplo, si un adolescente pasa sus tardes tirado en el sofá de su casa viendo la televisión, será mejor iniciar la intervención por un sistema de recompensa de las actividades alternativas, comenzando por las más sencillas, para posteriormente ir añadiendo eslabones a la cadena, que comenzar por un programa de castigos por estar viendo la televisión.
3. *Criterios de momentos críticos de la intervención*: la investigación derivada de los modelos de cambio propuestos por DiClemente, Prochaska y Gibertini (1985) y ha puesto de manifiesto cómo existen momentos críticos para el cambio y, por tanto, la intervención. En los últimos años, han aparecido propuestas de intervención que contemplan la posibilidad de identificar el estadio de disposición para el cambio de la persona, establecer un programa de acompañamiento y facilitación del cambio hasta que dicho estadio sea el óptimo y, solo entonces, iniciar una intervención masiva y continuada que favorezca y consolide el cambio. Este tipo de propuestas, denominadas de momento crítico, nacen de los ámbitos de las drogodependencias y las adicciones en general, pero son perfectamente aplicables a otras categorías de problemas.
4. *Criterios de adherencia*: para aumentar la adherencia al tratamiento (el mayor índice de fracasos de los tratamientos conductuales se debe a fallos en la adherencia de los pacientes al programa de intervención) parece adecuado incluir en los primeros momentos técnicas muy eficaces que produzcan cambios fáciles de identificar por las personas, de modo que *se enganchen* al tratamiento. Un comienzo lento y sin muchos cambios puede producir el abandono del tratamiento antes de conseguir ningún efecto. Igualmente, en este grupo puede situarse el hecho de preferir intervenir sobre comportamientos que puedan producir generalizaciones rápidas en el medio social, de forma que el cambio sea más espectacular y obtenga mayores recompensas sociales.

En función de estos grupos de criterios, gravedad, jerarquía, momento y adherencia, se diseña el esquema temporal del tratamiento y se pone en conocimiento de la persona para su aprobación y comprensión. Al igual que en el caso anterior, la entrevista de devolución de información es un buen momento para ello. Después solo resta su puesta en práctica y la evaluación de su efectividad.

6.5. Caso clínico

El tratamiento psicológico, su puesta en marcha y funcionamiento no se encuentran entre los objetivos de un volumen como el presente centrado en la evaluación. Sin embargo, es necesario abordar aquellos aspectos relacionados con la planificación del mismo para poder completar las labores de EPC. En ese sentido, se incluye un apartado relativo al diseño del tratamiento para el caso de Anakin. Este tratamiento debe entenderse como un acercamiento personalizado y determinado en el tiempo por las circunstancias presentes en el caso y, de ninguna manera, como una alternativa de intervención de manual para los trastornos de personalidad por evitación.

La primera preocupación de los terapeutas se dirigió a conseguir una adherencia al tratamiento, muy difícil de estimar *a priori* en este tipo de pacientes, y a modular las habilidades de los terapeutas para ajustarlas al paciente. Para conseguir ambos objetivos se eligió un estilo de intervención directo y, en cierto modo, desafiante, pero con una fuerte implicación de los terapeutas y una clarísima posición del lado del paciente. Se trataba de ganar la confianza del paciente de forma muy rápida, para poder llegar a hacerle críticas abiertas a su comportamiento sin que pensase que se estaban riendo de él, o que sus problemas no importaban suficientemente a los terapeutas. Se trató de implicar a los familiares y amigos del paciente hasta donde fue posible. Algo más en el caso de los padres, muy poco en el caso de los hermanos, y nada en el de los amigos.

Como conclusión del proceso de evaluación previo al tratamiento, se redactó una lista de objetivos del mismo. La lista se incluye en el [cuadro 6.4](#) y puede observarse cómo los objetivos principales fueron los de estabilizar la situación, para enseguida pasar a corregir las rumiaciones y los pensamientos de infravaloración personal y supervaloración social (ajustar sus contenidos y disminuir su frecuencia progresivamente). Posteriormente, se acometió la labor de conseguir un comportamiento más adaptativo en las situaciones sociales y relacionadas con la agresión. Debíó reconstruirse la narrativa personal acerca de los principales sucesos vitales y de la propia interpretación de los mismos aprovechando todos los aspectos positivos y facilitadores de la adaptación. En último lugar, el paciente tendría que reducir progresivamente la medicación a niveles mínimos y poder prescindir de ella pasado un tiempo.

Respecto a las técnicas de intervención más idóneas para conseguir esos objetivos, fueron elegidas utilizando el esquema de objetivos/técnicas que se recoge en el [cuadro 6.4](#). En una columna se colocaron los objetivos del tratamiento por orden de importancia temporal, primero los que deberían conseguirse antes, para terminar con los objetivos más a largo plazo.

Cuadro 6.4. *Objetivos de la intervención y técnicas de tratamiento*

<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>
Disminución de la activación fisiológica	Respiración y relajación
Mejorar el estado de ánimo	Planificación de actividades placenteras. Desde las menos hasta las más sociales
Corrección de las rumiaciones	Desdramatización de su situación vital actual

(pareja, soledad, no saber qué le ocurre...)	Reconstrucción de la estructura narrativa y atribucional del paciente, comenzando por la autoobservación y la devolución de información Reestructuración cognitiva Tiempo basura
Reestructuración de pensamientos de infravaloración	Reestructuración cognitiva Ejercicios de mejora de autoestima
Aumento de conductas sociales adecuadas	Exposición y autoexposición en vivo a situaciones sociales Entrenamiento en habilidades sociales Cambio de arreglo y estilo personal Ruptura de las evitaciones
Afrontar con normalidad los estímulos relacionados con la agresión	Reprocesamiento de la agresión (oral y escrito) Exposición y autoexposición en vivo a los estímulos temidos Ruptura de las evitaciones
Reestructuración de ideas sobrevaloradas de la sociedad	Reestructuración cognitiva
Aumentar las relaciones sociales	Planificación de actividades sociales Inclusión en ambientes de alto contacto social (deportivos, academias, laborales, clubes, etc.)
Reconstruir la narrativa de los principales sucesos	Devolución de información Diario de pensamientos Desafío y ruptura continuada de ideas irracionales y preconcebidas
Reducir la medicación	De acuerdo con el psiquiatra, ir reduciendo la medicación de forma progresiva y en función de los avances obtenidos

Si el lector ha tenido alguna experiencia en el abordaje clínico de los trastornos de personalidad, debe entender que los tratamientos son necesariamente complejos y prolongados en el tiempo. Con las técnicas actuales de intervención es muy difícil, por no decir imposible, alcanzar los objetivos clínicos de forma rápida en este tipo de problemas, los tratamientos se prolongan durante varios meses y alcanzan todas las áreas de funcionamiento del paciente.

En el presente caso, el tratamiento se planificó pensando en la superación secuencial de diversas fases.

1. PRIMERA FASE. La primera fase incluyó la evaluación previa, la devolución de información y las intervenciones rápidas en el control del nivel de activación fisiológica tónico y la mejora del estado de ánimo. Dado que el paciente ya recibía medicación con ese objetivo, solamente se incidió en el entrenamiento y aplicación del control respiratorio y la relajación muscular (se incidió en los aspectos de meditación y relajación cognitiva de la misma). Esta conjunción de farmacoterapia y psicoterapia, unida a la nueva explicación y mejor comprensión del problema, debía producir una mejoría rápida del estado general de bienestar

del paciente. Mejoraría que permitiera abordar con ciertas garantías la segunda fase.

2. SEGUNDA FASE. En la segunda fase se abordó el núcleo del problema y se modificaron los esquemas centrales de procesamiento que parecían mantener los problemas. Partiendo de la base de la autoobservación iniciada en la evaluación previa, se incidió en la reconceptualización de los problemas del paciente y en la reestructuración cognitiva de sus ideas irracionales más nucleares. De forma casi paralela, se comenzó una labor de exposición en vivo a todos los problemas y situaciones temidas, acompañada de una labor de reprocesamiento en el caso de los estímulos asociados a la agresión.
3. TERCERA FASE. En el tercer momento, una vez conseguidos los objetivos de exposición y de adaptación y descenso de frecuencia de las rumiaciones e ideas irracionales, se procedió a la generalización de los logros obtenidos a todo el funcionamiento social y psicológico del paciente. Poco a poco, durante meses, se fue ajustando el comportamiento del paciente a los nuevos ámbitos sociales (amigos, laborales, pareja y sexuales, etc.) que fueron apareciendo en su vida. Durante una fase del tratamiento, se incluyó al paciente en un grupo de autoayuda y habilidades sociales que le facilitase algunos de los objetivos más generales relacionados con las habilidades sociales y la ampliación de su red de apoyos sociales y amigos. Esta fase fue terminando, progresivamente, con sesiones cada quince días, cada mes, y seguimientos cada tres meses durante dos años. Los resultados nos hacen pensar que valió la pena el esfuerzo final.

7

Evaluación de seguimiento y resultados

7.1. Evaluación de seguimiento: la medida del cambio

Como ya se anticipó desde el primer capítulo, la evaluación no termina con el inicio del tratamiento, sino que va a prolongarse a lo largo del mismo y, posteriormente, una vez finalizada, durante el seguimiento. En este capítulo se abordan, en primer lugar, todos aquellos puntos relacionados con la medida del cambio durante el tratamiento en el trabajo clínico y, posteriormente, se revisa con más detalle el panorama actual sobre el seguimiento y la medida de resultados (*Outcomes*) de las intervenciones en psicología clínica. Es decir, se aborda el tema de la evaluación del cambio y resultados durante el tratamiento como herramienta necesaria para la toma de decisiones sobre el mismo. Nos referimos, por tanto, a aquella evaluación que diseñamos para un caso concreto, ajustada al paciente, sus características, objetivos, etc. Sin embargo, en un segundo momento, se plantearán algunas cuestiones básicas sobre la evaluación estandarizada, más allá de la evaluación individualizada, que busca generar conocimiento que permita mejorar la práctica clínica y los resultados de la misma de una forma más amplia. En el [cuadro 7.1](#), se presentan las principales ventajas e inconvenientes de ambos tipos de evaluación según Ogles (2002).

Nuestro punto de partida para acercarnos a la medida del cambio durante y tras el tratamiento, desde cualquiera de estas dos perspectivas, es decir, tanto si se diseña la evaluación del cambio y los resultados de forma individualizada como si se utiliza una evaluación estandarizada, es la propuesta de Lipsey y Pollard (1989) denominada *modelo básico de los dos pasos* y que hemos desarrollado en otros lugares en cierto detalle (López y Muñoz, 1995).

El modelo de dos pasos, descendiente de los modelos causales, pide al evaluador que identifique los grupos de variables dependientes principales del proceso de intervención ([figura 7.1](#)). En primer lugar, debe señalarse un grupo de variables próximas que se espera que cambien como resultado directo del tratamiento y que se consideran condición previa para lograr el éxito de la intervención. Este primer grupo de variables está plasmado en los objetivos específicos de las técnicas de tratamiento (por ejemplo, descensos de ansiedad ante una audiencia) y, frecuentemente, contienen

variables coincidentes con la lista de problemas del caso y con las listas de criterios diagnósticos DSM-5. Normalmente, se interpretan los cambios en este grupo de variables como efectos específicos o primarios y tienden a ser evaluados como parte de la aplicación de las propias técnicas de tratamiento.

Una parte importante de las evaluaciones de seguimiento o de resultados abusa de este tipo de efectos, hasta el punto de que, en algunos casos, son los únicos indicadores del cambio y de la eficacia de la intervención. Sin embargo, es necesario considerar un segundo grupo de variables, más distantes, que representarían el beneficio global esperado por el proceso de intervención, como consecuencia del cambio de las variables más próximas.

Estamos hablando de efectos más globales o secundarios, como pueden ser los cambios observados en la salud general, la calidad de vida, etc. (La persona que ya ha conseguido enfrentarse a una audiencia sin temor debe comenzar a hacerlo y obtener, de este modo, otros beneficios como mayor éxito profesional y mayor satisfacción personal, por ejemplo). Este tipo de efectos, aunque pueden y deben ser observados durante el tratamiento, tienden a medirse una vez finalizado el mismo, ya que con frecuencia los cambios observables de estas variables se producen más lentamente y necesitan un tiempo para llegar a ocurrir o a manifestarse.

Cuadro 7.1. *Ventajas y desventajas de la evaluación de resultados individualizada frente a la evaluación estandarizada de resultados*

<i>Evaluación individualizada de resultados</i>	<i>Evaluación estandarizada de resultados</i>
Ventajas	
• Se ajustan a las metas y objetivos específicos y relevantes del caso. • El proceso de selección de los objetivos o resultados puede tener un efecto terapéutico en sí mismo. • El proceso es fácilmente integrado en la rutina de planificación de tratamiento. • La medida puede ser breve.	• Se pueden desarrollar protocolos para administrar, corregir, interpretar y agregar los datos. • Los datos normativos o comparativos pueden ayudar a la toma de decisiones. • Un mismo instrumento puede ser usado para todos los pacientes.
Desventajas	
• Los datos no pueden ser agregados fácilmente. • Es difícil comparar el cambio producido en un determinado paciente con datos normativos o grupo de comparación. • Es difícil establecer protocolos de toma de decisiones respecto al deterioro o la mejora.	• Los contenidos de los ítems pueden perder aspectos únicos del caso. • Los instrumentos, cuando son usados repetidamente, pueden resultar aversivos (especialmente si no son percibidos como relevantes por el paciente). • Los formularios no se pueden adaptar al paciente individual.

Fuente: Tomado de Ogles (2002).

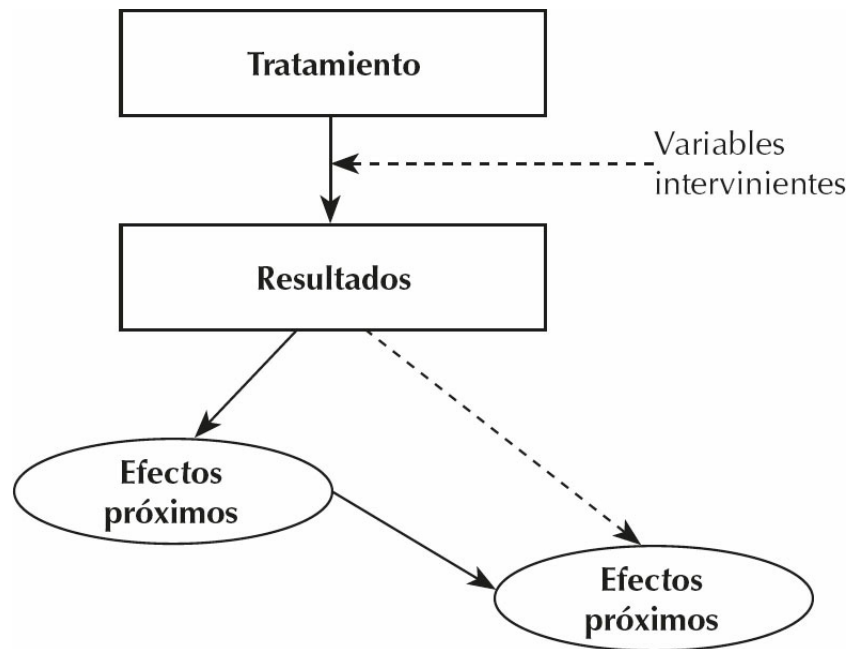


Figura 7.1. Modelo de los dos pasos. López y Muñoz, 1995.

Fuente: Adaptado de Lipsey y Pollard (1989).

7.2. Evaluación individualizada durante el tratamiento: características, funciones y estrategias

A lo largo del tratamiento debe mantenerse una evaluación continuada que permita seguir la marcha del paciente y los cambios que vayan ocurriendo en su vida de forma que puedan identificarse las mejorías y los posibles problemas o recaídas de la manera más rápida posible, y que guíe la toma de decisiones durante dicho tratamiento. Es decir, este seguimiento permitirá la puesta en marcha en cada caso de las estrategias más adecuadas a las circunstancias vitales de la persona y su contexto. Estos cambios pueden, o no, deberse al tratamiento; por ejemplo, debemos identificar los efectos de una exposición a diversos estímulos, pero igualmente debemos permanecer atentos a posibles cambios laborales o situaciones familiares que puedan afectar positiva o negativamente la marcha de la intervención.

Este tipo de evaluación está en función del esquema de formulación clínica del caso, más que del propio tratamiento, aunque existen otros factores que afectan a la evaluación psicológica clínica (EPC) en esta fase. Por un lado, cada técnica señala unos objetivos propios que deben ser evaluados de forma específica y, por otro, los cambios en la vida del paciente que pueden afectar al ritmo y rumbo de la intervención, son inesperados y difícilmente se puede prever una evaluación con anterioridad a que ocurran. Sin embargo, pueden señalarse algunas características que debe cumplir este momento de la EPC para ajustarse adecuadamente a sus objetivos. La EPC durante el tratamiento debe ser:

– *Sencilla y breve, no debe ocupar más de unos minutos en cada sesión.* Si implica

tareas del paciente, estas tienen que ser útiles al tratamiento o, necesariamente, breves y fáciles de realizar. En caso contrario, puede darse el caso de que dediquemos más actividad y tiempo a la evaluación de los efectos del tratamiento que al propio tratamiento.

- *Sensible a pequeños cambios.* Los cambios acaecidos durante la aplicación del tratamiento pocas veces ocurren de forma brusca, generalmente aparecen de forma gradual y con efectos pequeños. Los instrumentos, por tanto, deben ser sensibles a cambios de poca intensidad que puedan ir apareciendo.
- *Rutinaria.* Como ya se ha dicho, la evaluación durante el tratamiento no debe interferir con el mismo y, por ello, además de breve, parece conveniente establecer una rutina de evaluación que permita llevarla a cabo con poco coste de atención por parte del terapeuta y del paciente o usuario del servicio. Una buena práctica puede consistir en incluir, al principio de cada sesión, algunos minutos dedicados a mantener las estrategias de exploración inicial aplicadas a la observación de cambios en el paciente. Puede continuarse con algunas preguntas relativas al periodo entre sesiones (tareas para casa, sucesos, evolución de cada problema, etc.) y seguir con la revisión de los autorregistros del mismo periodo. En caso de utilizar algún cuestionario, podemos aplicarlo, igualmente, en estos primeros momentos de la sesión.

De este modo, la evaluación durante el tratamiento debe cumplir las siguientes funciones u objetivos:

- Identificar los posibles cambios en las variables próximas.
- Identificar los posibles cambios en las variables distantes.
- Ayudar a detectar los cambios en las variables intervinientes, generalmente, menos predecibles.

Para conseguir estos objetivos, la evaluación puede tomar distintas formas a lo largo del tratamiento, formas más complementarias que alternativas. Haciendo un resumen, pueden señalarse las siguientes:

1. La evaluación del proceso y resultado de cada técnica de tratamiento empleada. Generalmente, este tipo de evaluación aparece en los propios protocolos de aplicación de las técnicas y no merece un comentario aparte salvo el de recordar que cada técnica de intervención conlleva la puesta en marcha de controles evaluativos para asegurarnos de su correcta aplicación y uso. Por ejemplo, la medida del malestar o ansiedad ante cada situación en los distintos momentos de la aplicación de una técnica de exposición.
2. La evaluación del proceso de cambio durante el tratamiento. Se trata en este caso de seguir el proceso de cambio en las distintas fases y momentos del tratamiento. Las variables que considerar en este punto están menos relacionadas con las

técnicas que en el punto anterior. En cambio, en esta forma de evaluación se incluyen variables más directamente relacionadas con los objetivos del tratamiento. Esta segunda opción es la más propiamente relacionada con la medida del cambio durante el tratamiento y será la que abordemos en mayor detalle en este punto.

3. La evaluación de resultados que puede llevarse a cabo durante y después del tratamiento. La evaluación de resultados se centra en la evaluación del cambio global tanto en las variables próximas como distantes.

La principal herramienta utilizada para la evaluación durante el tratamiento ha sido el propio juicio subjetivo del terapeuta, que va valorando la evolución del paciente a lo largo de la intervención y, en muchos casos, es la única medida para decidir las posibles modificaciones e incluso la finalización del tratamiento cuando se alcanzan los objetivos señalados. Es evidente que el juicio valorativo del terapeuta tiene que ser un instrumento clave en la evaluación del cambio durante el tratamiento, sin embargo, también es fácil entender que los sesgos unidos a este tipo de juicios son importantes y que no solo resulta conveniente, sino imprescindible fundamentar estos en datos objetivables, además de complementarlos con otro tipo de evidencia que nos permita mantener unos criterios de calidad adecuados también en este momento del proceso de EPC. Los datos disponibles hasta el momento apuntan que, aunque existen estudios que han señalado la utilidad de la evaluación o monitorización del cambio durante el tratamiento y el uso del *feedback* para la toma de decisiones clínicas en la mejora de resultados, existe una infrautilización de este tipo de evaluación en la práctica clínica (Jensen-Doss *et al.*, 2018). En muchas ocasiones, las barreras referidas por los profesionales para la puesta en marcha de este tipo de evaluación son de tipo práctico relacionadas con aspectos logísticos (falta de tiempo, escasez de recursos, etc.) o desconocimiento, aunque hay profesionales que no las perciben útiles o entienden que pueden distorsionar el tratamiento (Hayfield y Ogles, 2007).

Para mantener estos criterios de calidad, existen distintas técnicas de evaluación psicológica que han demostrado su calidad, utilidad, sencillez y sensibilidad a pequeños cambios en la variable a medir. Debe señalarse que en este punto de la evaluación el paraguas de calidad que suponía el contraste de las hipótesis a lo largo del proceso de evaluación ha desaparecido. En este tipo de evaluación, la calidad de las técnicas vuelve a tener un papel fundamental que no puede ser olvidado. En los siguientes puntos se revisan algunas de las más utilizadas en la evaluación durante el tratamiento. Esta evaluación tiene el objetivo principal de identificar los posibles cambios en el comportamiento, ambiente y, en general, la situación vital del paciente a lo largo de la intervención, tanto debidos a los efectos del propio tratamiento como a los efectos de posibles variables intervinientes en el proceso. Para poder determinar el nivel de eficacia, una de las funciones principales va a consistir en ir identificando aquellos cambios que afectan a los objetivos del mismo y a la lista de problemas del paciente. De esta forma, podremos seguir el proceso de cambio, identificar aquellos problemas que

puedan entorpecerlo y decidir cuándo la intervención ha conseguido sus objetivos.

7.2.1. Indicadores del cambio

El primer paso, previo a la aplicación de cualquier técnica o estrategia de evaluación, será el de seleccionar los posibles indicadores del cambio. Dicha selección estará en función de la formulación clínica del caso y del análisis funcional realizado para cada problema e incluido en la misma. Igualmente, debe considerarse en este punto la lista de problemas definitiva y, sobre todo, los objetivos del tratamiento. Teniendo en cuenta esta información, se planteará una lista de indicadores del cambio que afecten a las distintas variables implicadas y que nos permitan identificar los cambios durante el tratamiento en relación con los objetivos operativizados y otros aspectos relevantes que puedan afectar a los mismos. Es más interesante escoger algunos indicadores fáciles de medir y sensibles que ser muy exhaustivos en su selección, intentando medir todas y cada una de las variables implicadas. Hay que recordar que se intenta es un seguimiento del proceso de cambio y no una monitorización total de todas las variables implicadas, algo que, por otra parte, podría llegar a imposibilitar la intervención misma.

Entre estos indicadores, podemos incluir desde elementos observables en la exploración inicial (por ejemplo, arreglo personal) hasta medidas objetivadas en un cuestionario (por ejemplo, estado de ánimo a través del BDI), pasando por índices de relaciones sociales, de funcionamiento psicosocial o de estado general de salud. En definitiva, se trata de evaluar los posibles cambios ocurridos en las variables dependientes como resultado del tratamiento y de las variables intervinientes que pudieran haber actuado sin nuestro control.

Sin embargo, resulta importante considerar no solo los cambios a nivel de variables próximas (relacionadas directamente con los problemas o síntomas del paciente), sino también de variables distantes, más globales. En ese sentido, la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), como ya se recogiera en el preámbulo de su Constitución, considera la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1948). Como profesionales sanitarios, no debemos olvidar esta concepción global de la salud y, por tanto debemos intentar, a través de nuestro trabajo, perseguir esta definición (probablemente utópica) y trabajar por la mejora de la salud de nuestros pacientes. Así, puede ser interesante la incorporación de medidas que nos permitan evaluar los cambios producidos en salud y otros aspectos muy relacionados en nuestros pacientes.

En esa línea, podría destacarse también el concepto de calidad de vida, que ha despertado un importante interés en la psicología en las últimas décadas. Sin embargo, a pesar del reconocimiento de la importancia de considerar este aspecto en la evaluación del cambio y los resultados, esto no resulta sencillo por los importantes problemas relacionados con la evaluación del constructo calidad de vida: confusiones conceptuales, falta de acuerdo sobre las medias utilizadas y sobre los indicadores, falta de evidencia empírica de los modelos, entre otros problemas metodológicos.

Por otro lado, la relación entre los trastornos mentales y los problemas o limitaciones en el funcionamiento psicosocial global están bien establecidos (Brekke, Lee y Green, 2005), por lo que, actualmente, es un dominio crítico que debe ser considerado en la evaluación del cambio o los resultados. Este dominio comprende la información referente a las diversas actividades que ejerce un individuo en su vida habitual y el nivel de apoyo y cuidado necesitado, que está muy relacionado con su nivel de funcionamiento. Sin embargo, tras el reconocimiento de la importancia de este dominio, es importante señalar que su evaluación es difícil, ya que el funcionamiento es un concepto abstracto y hay cierto desacuerdo sobre sus componentes específicos. Parte de estas dificultades son compartidas por otro de los aspectos generales que ha despertado mayor interés en los últimos años: el bienestar percibido, un aspecto central de la experiencia humana de salud, según la definición previamente comentada de la OMS.

Por ello, debemos considerar e incluir en la evaluación del cambio este tipo de variables más globales o generales que nos hablan del impacto de las intervenciones en la vida de la persona, más allá de sus problemas específicos.

7.2.2. Técnicas de evaluación

A) Entrevista: preguntas relativas al cambio

Como puede suponerse, la entrevista es la primera de las estrategias de evaluación del cambio a lo largo del tratamiento. Cada sesión de tratamiento nos permite llevar a cabo pequeñas entrevistas de evaluación. Los primeros minutos de cada sesión pueden dedicarse a este tipo de minientrevistas de seguimiento que nos permitan:

- a)* Realizar un seguimiento de la puesta en marcha de las distintas técnicas de tratamiento que se han emprendido en ese periodo, especialmente las *tareas para casa* de cada momento de la intervención.
- b)* Explorar los posibles cambios en variables próximas que puedan estar apareciendo o no apareciendo cuando se espera.
- c)* Permanecer atento a cambios en variables más distantes, como puede ser el bienestar, los cambios en el estado de ánimo, los aumentos de la calidad de vida, etc.
- d)* Identificar lo antes posible aquellos cambios en las variables intervinientes que pudieran interaccionar con el tratamiento, en sentido positivo o negativo.

De esta forma, recordar, en los primeros momentos de cada sesión, todo lo comentado respecto a la exploración inicial parece ciertamente recomendable. Añadir algunas preguntas relativas al periodo entre sesiones resulta igualmente muy conveniente, a la vez que completamos la minientrevista con preguntas de sondeo sobre

aspectos más generales de la vida del paciente. En el [cuadro 7.2](#) se resumen algunas de las principales tareas y funciones de este tipo de minientrevistas de seguimiento.

Cuadro 7.2. Tareas de la minientrevista de seguimiento

<i>Observación</i>	<i>Revisión</i>	<i>Conversación</i>
– Indicadores de cambios, p. ej., venir solo o acompañado a la consulta, arreglo e higiene personal, etc.	– Tareas para casa. – Autorregistros y diarios. – Cambios en problemas y síntomas concretos (VVDD).	– Estado general el día de la sesión. – Estado general en el periodo entre sesiones. – Cambios globales en la vida de la persona.

La puesta en marcha de este tipo de entrevistas puede aportar una mayor fundamentación empírica a los juicios clínicos valorativos del cambio que todo terapeuta va haciéndose a lo largo del proceso de intervención. Valoración que deberá complementarse con la información proveniente de las demás estrategias de valoración del cambio incluidas en el proceso.

B) Cuestionarios, inventarios y escalas

Aunque la repetición de cuestionarios a lo largo del tiempo no es la mejor aplicación posible de este tipo de instrumentos, la necesidad de contar con distintas fuentes de información en todo momento hace conveniente su utilización para la evaluación del cambio durante el proceso de tratamiento. De forma complementaria, el uso de cuestionarios puede aportar una visión más cuantitativa al juicio clínico derivado de las estrategias de entrevista.

La utilización de cuestionarios para este fin hace necesaria la consideración de algunas características básicas que deben observar los instrumentos elegidos, a saber:

- Deben ser breves y sencillos.
- Contar con formas paralelas o haber demostrado su utilidad cuando se emplean repetidamente.
- Ser sensibles a pequeños cambios. En esta línea, parecen más útiles aquellos instrumentos que incluyen escalas tipo Likert o escalas de caras o puntuaciones.
- Posibilidad de aplicación a situaciones concretas o intervalos temporales determinados.

Afortunadamente, existen instrumentos que reúnen todas las características anteriores y que, por tanto, resultan muy adecuados para su uso repetido a lo largo del proceso de tratamiento, que deben ser elegidos en función de su relación con los indicadores seleccionados. Buenos ejemplos pueden ser el BDI como índice de la

evolución del estado de ánimo o el STAI-E aplicado a distintas situaciones potencialmente ansiógenas.

No hay que olvidar que, como se ya se ha comentado, es importante incorporar indicadores que vayan más allá de las variables concretas directamente relacionadas con los problemas específicos de los pacientes, es decir, que consideren aspectos más generales y globales como la salud, el bienestar, la calidad de vida o el funcionamiento de los pacientes. En ese sentido, pueden ser especialmente interesantes los termómetros de bienestar, las escalas de caras o instrumentos sencillos y breves como el GHQ-12 o el SF-12 para medir los cambios en el estado general de salud o la WHODAS 2.0 para la evaluación del funcionamiento.

C) Autorregistro continuado

En términos generales, el autorregistro puede considerarse como el método más recomendable para llevar a cabo una evaluación del cambio a lo largo del tiempo. Los distintos procedimientos de autorregistro, desde el autorregistro de frecuencias hasta los diarios, cuentan con varias ventajas que los hacen muy recomendables para acompañar a 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 (p. ej., los contenidos de ciertas ideas irracionales), cuantitativos (p. ej., la frecuencia de aparición de las mismas) y contextuales (los contextos en 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 mejoras.

Como ya se ha comentado en el [capítulo 4](#), actualmente la tecnología ha simplificado el uso de este tipo de técnicas, y ha facilitado tanto la cumplimentación por parte de los pacientes como la utilización de la información por parte de los terapeutas.

Todas las ventajas anteriormente citadas no deben hacer olvidar al clínico el hecho de que los autorregistros deberán 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. Estamos manteniendo un nivel de generalización muy amplio y cada caso, sobre todo algunos tipos de problemas, merecerán atención especial y, posiblemente, encontremos ocasiones en que el uso del autorregistro no pueda estar

recomendado ni siquiera en la evaluación pretratamiento.

Las estrategias de autorregistro empleadas pueden ser muy diversas. Frecuentemente, vamos a utilizar los mismos procedimientos que durante la fase de pretratamiento con ligeras modificaciones que los simplifiquen. Por ejemplo, puede reducirse la información contenida, y centrar al paciente nada más que en aquellos sucesos claves 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 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 una estrategia 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.

D) Informes de terceras personas

Finalmente, hay que destacar los informes de terceras personas acerca de la evolución del paciente. Este tipo de informes son especialmente útiles para contrastar nuestra información, generalmente obtenida en el contexto de aplicación del tratamiento (consulta, hospital, centro de salud), con la proveniente del contexto natural en el que se desarrolla la vida del paciente. Desde este punto de vista, los informes de familiares, amigos o personas que conviven con el paciente, compañeros o superiores en el trabajo, etc., han llegado a tener un lugar principal entre las medidas del cambio. Igualmente, los informes de otros profesionales, médicos, trabajadores sociales, abogados, etc., pueden resultar de la máxima importancia en algunos tipos de problemas y situaciones. La información aportada por los informantes puede recogerse a través de entrevistas con los mismos o mediante informes solicitados por escrito (especialmente a otros profesionales). Sin embargo, es cada vez más frecuente que los cuestionarios actuales, desarrollados con el objetivo claro de servir para la medida del cambio, incluyan distintas versiones para usuarios e informantes (por ejemplo, el Schizom, instrumento para la medida de resultados de la intervención en la esquizofrenia, incluye módulos complementarios para usuarios e informantes que pueden ser familiares o profesionales; puede verse una aplicación del Schizom en Madrid en Muñoz *et al.*, 1999).

E) Instrumentos compuestos

En respuesta a la demanda de instrumentos de evaluación que permitan monitorizar el cambio durante y una vez terminado el tratamiento, en los últimos años, diversos autores han desarrollado instrumentos de medida del cambio válidos para ser utilizados

durante y tras el tratamiento, como son el cuestionario de resultados-45 (OQ-45; Lambert *et al.*, 2004), el sistema COMPASS-PC (Grissom y Howard, 2000), la *Recovery Star* (McKeith *et al.*, 2010; Killaspy *et al.*, 2012) o *Recovery Outcomes Counter* (I.ROC; Ion, Monger, Hardie, Henderson y Cumming, 2013).

Quizá el más utilizado sea el cuestionario de resultados-45 (OQ-45; Lambert *et al.*, 2004), un instrumento autoadministrado que incluye cuarenta y cinco ítems que cubren cuatro dimensiones: síntomas de trastornos psicológicos (especialmente ansiedad y depresión), problemas interpersonales, funcionamiento en distintos roles sociales y calidad de vida (bienestar). Ha demostrado su utilidad cuando se usa repetidamente a lo largo de la intervención (por ejemplo, evaluación inicial, al final de cada fase del tratamiento y al final del tratamiento y seguimientos) en diferentes poblaciones de pacientes. Es barato, breve (5-10 minutos), sensible al cambio y mantiene unos índices de fiabilidad y validez aceptables. Ofrece una puntuación global y puntuaciones parciales para cada una de las dimensiones. Su uso clínico incluye el análisis de ciertos ítems importantes (suicidio, etc.), la consideración de la puntuación total como indicadora de estado general y las subescalas de forma más específica.

El sistema COMPASS-PC para el seguimiento de pacientes ambulatorios (Grissom y Howard, 2000) consiste en una combinación de medidas generales y específicas diseñadas para llevar a cabo una evaluación durante y tras el tratamiento, que facilita un índice de salud mental y un índice de evaluación clínica, y que considera escalas cumplimentadas tanto por el cliente como por el terapeuta. Los índices de fiabilidad y validez son aceptables y presentan correlaciones importantes con pruebas bien conocidas. Las condiciones de aplicación recomendadas son las de utilizar la batería en la evaluación inicial, durante el tratamiento cada cuatro o seis sesiones y, una vez acabado el tratamiento, para establecer el seguimiento. Se aconseja realizar gráficas con los resultados y presentárselas al cliente para aumentar la motivación y comprensión de su evolución. Obviamente, de esa devolución de información se eliminan aquellos aspectos que pudieran entorpecer el desarrollo de la terapia. Uno de los mayores inconvenientes del sistema COMPASS es que los autores se han reservado todos los derechos y el sistema se vende para cada aplicación, lo que ha entorpecido enormemente su investigación por otros grupos y su utilidad clínica. En cualquier caso, y a pesar de sus inconvenientes, el COMPASS es uno de los mejores ejemplos de sistemas para la evaluación de la efectividad de las intervenciones en salud mental y su ejemplo puede ser seguido por los clínicos de forma sencilla. Por ejemplo, no resulta complicado elegir otros dos instrumentos que cubran el mismo espectro de variables (síntomas, funcionamiento psicosocial, bienestar y vínculo terapéutico) y que sean de libre disposición y tengan un apoyo empírico importante.

Un trabajo interesante en cuanto al desarrollo de sistemas de medida del cambio es el de las *Outcomes Stars*, desarrolladas para evaluar el cambio en la intervención con diferentes colectivos (mayores, personas sin hogar, adolescentes, etc.) y situaciones o dificultades (salud mental, consumo de sustancias), y que implican a las propias personas en la valoración de su propio proceso de cambio. La propia organización de la

información (muy intuitiva) y el desarrollo de herramientas online para facilitar la recogida, análisis y presentación de la información facilitan la utilización de dicha información durante el proceso de intervención para el diseño y la mejora del mismo. La *Recovery Star* es la versión diseñada de forma específica para su utilización en recursos de atención de salud mental y considera diez áreas: manejo de salud mental, salud física y autocuidado, habilidades de la vida cotidiana, redes sociales, trabajo, relaciones, conductas adictivas, responsabilidades, identidad y autoestima y confianza y esperanza. Es fácil de usar, breve, sensible a los cambios, con una buena validez test-retest y una buena consistencia interna, aunque con una mejorable fiabilidad interjueces (Killaspi *et al.*, 2012; Dickens, Weleminsky, Onifade y Sugarman, 2012).

F) Otras medidas del cambio

La medida del cambio a lo largo del tratamiento puede ser complementada con distintas estrategias de evaluación, no por menos frecuentes, menos importantes. Cada tipo de trastorno, problema o técnica de tratamiento conlleva medidas asociadas que, aunque no pueden generalizarse a todos los pacientes, son de necesaria aplicación en los casos concretos. Es difícil resumir este tipo de medidas específicas, pero pueden indicarse ejemplos como: medidas de tensión en los músculos prefrontales en algunos problemas de cefaleas tensionales, medidas de sustancias en sangre en casos de drogodependencias, notas de exámenes en una fobia escolar, etc. Este tipo de indicadores del cambio deberá ser tenido en cuenta y especificado en cada caso de acuerdo a la investigación básica y psicopatológica al respecto.

7.2.3. Implicaciones de la evaluación: reformulación del caso

El mantenimiento de una evaluación continuada durante la puesta en marcha del tratamiento puede llevar a la identificación de distintos aspectos que hagan necesaria la reconsideración del esquema de formulación del caso. De hecho, para muchos autores la medida de la eficacia del tratamiento es el mejor contraste de la formulación, por tanto, la observación de avances pobres durante el mismo nos sitúa ante la necesidad de replantear el caso en toda su amplitud. Sin embargo, cuando se observa un fracaso en la intervención, deben considerarse otros factores antes de llegar a la puesta en cuestión de la formulación, especialmente si esta ha sido contrastada y tiene un cierto apoyo, ya sea correlacional o experimental. Por otra parte, en algunas ocasiones, de forma contraintuitiva, debemos reformular el caso incluso cuando el tratamiento está teniendo éxito y consiguiendo logros importantes. A continuación, se comenta brevemente cada uno de los supuestos más habituales.

A) Reformulación ante un fracaso en el tratamiento

Al observar un fracaso en el tratamiento, en primer lugar, debemos asegurarnos de que las distintas técnicas están siendo puestas en marcha adecuadamente, es decir, las técnicas se están aplicando de acuerdo a las instrucciones detalladas en los manuales, los tiempos empleados son los adecuados, los pacientes están siguiendo las instrucciones, etc. Por ejemplo, si en un problema obsesivo-compulsivo de revisión, en el que uno de los rituales tenga que ver con la revisión durante varios minutos de la puerta de la calle para ver si efectivamente está bien cerrada, indicamos al paciente que no dedique más de unos segundos a dicha revisión y luego se vaya al salón de la casa para prevenir la respuesta de revisión, y fracasa la eficacia de la técnica, antes de revisar la formulación, deberíamos asegurarnos de que el paciente y su familia están siguiendo correctamente las instrucciones. Por ejemplo, podríamos encontrar que, ante el enorme malestar del paciente al separarse de la puerta, un familiar lleva a cabo la revisión y le tranquiliza diciéndole “no te preocupes, ya me quedo yo aquí, mientras tú estás en el salón, como te dijo el psicólogo”. Es obvio que se ha trasladado el ritual y la exposición con prevención de respuesta no se está llevando a cabo adecuadamente en este caso.

Una vez nos hemos asegurado de la correcta y completa puesta en marcha de las distintas técnicas escogidas, incluso habiendo probado alguna técnica alternativa pero dirigida a la modificación o control de las mismas variables, podemos reconsiderar la formulación clínica del caso. En esta situación, la forma de proceder nos lleva a la revisión completa del proceso de evaluación clínica en todas sus fases y momentos; solamente una vez, reconsiderado todo el proceso, podemos volver a la formulación con nueva información y nuevos puntos de vista al respecto. Es frecuente que, en estas ocasiones, hayamos pasado por alto o el paciente nos haya ocultado alguna información relevante, aunque también puede haber ocurrido lo contrario: haber dado demasiada importancia a aspectos poco relevantes en el conjunto del caso. Como ya se ha comentado, la APA recomienda que se incluyan en todas las evaluaciones clínicas preguntas acerca de posibles malos tratos sufridos en la infancia, la mayoría de las personas tienden a no informar de ellos por diversos motivos, desde vergüenza hasta considerar que aquello ya pasó y está superado y no tiene nada que ver con su problema actual desde su punto de vista. No hay que recordar el papel que este tipo de sucesos puede jugar en muchos trastornos de ansiedad, identidad sexual, estado de ánimo, etc., en personas adultas. Su no inclusión en la evaluación pretratamiento puede llevar a formulaciones confusas o, en el mejor de los casos, incompletas, que frecuentemente van a tener que revisarse una vez iniciado el tratamiento.

B) Reformulación durante un tratamiento exitoso

En más ocasiones de las que podría parecer, es necesario reformular el caso durante el curso de un tratamiento que está consiguiendo éxitos y cambios importantes. Este tema ha sido tratado muy escasamente en la literatura científica al respecto y pasa desapercibido en la mayoría de los manuales de evaluación clínica. Sin embargo, su importancia clínica no es ni mucho menos despreciable. Pueden darse algunos tipos de

situaciones en las que se hace necesaria una reconsideración de la evaluación y una nueva formulación clínica.

Un primer tipo de situaciones hace referencia a aquellos casos en los que, durante un tratamiento exitoso, probablemente como consecuencia de ello, el paciente informa de nuevos problemas que anteriormente *prefirió* callar. Aunque la nueva información no desvirtúe completamente el caso, siempre parecerá conveniente incluir el nuevo problema en la formulación global inicial.

Una segunda posibilidad está en relación con los posibles sucesos vitales que puedan aparecer en la vida del paciente durante el tratamiento y que hacen necesaria la reconceptualización del problema en la nueva situación. Por ejemplo, un paciente con problemas depresivos que está avanzando en su intervención queda en desempleo. O a la inversa, un paciente con problemas depresivos y de desempleo encuentra un trabajo. En ambos casos, la situación puede cambiar drásticamente de forma que nuestra formulación inicial, correcta, debe verse modificada para explicar la situación actual.

Un tercer supuesto nos sitúa en aquellos casos en los que el propio tratamiento va modificando las situaciones vitales de la persona, de forma que la formulación inicial ya no se corresponde con el estado actual de las cosas. Evidentemente, el terapeuta debe reformular el caso para adecuarse a las nuevas condiciones.

En definitiva, este tipo de problemas nos pone de manifiesto el hecho de que la formulación clínica de un caso no puede ser considerada como un modelo estático, sino todo lo contrario, como un modelo dinámico que puede, y seguramente debe, ir cambiando a lo largo de la intervención, tanto por factores ajenos al tratamiento como por factores propios del tratamiento. Y que el psicólogo debe ir ajustando en cada momento para conseguir la mayor efectividad posible de la intervención.

7.2.4. Evaluación de seguimiento

Resulta evidente la necesidad de una evaluación durante el tratamiento que permita la toma de decisiones durante el mismo. Sin embargo, la evaluación no termina con la finalización del tratamiento. Las necesidades clínicas aconsejan disponer de medidas de seguimiento, más allá de la intervención, que establezcan la generalización y el mantenimiento del cambio una vez agotado el tratamiento. En nuestro caso, para realizar el seguimiento, establecemos contacto a los tres meses de finalizado el tratamiento para un primer seguimiento, seis meses para un segundo control y un año para el último control clínico. Los instrumentos más utilizados pueden ser entrevistas breves, incluso telefónicas, en las que se investiga el estado general de la persona en función de las principales variables de salud y funcionamiento psicosocial. Evidentemente, en algunos casos, esta evaluación puede traer consigo la necesidad de sesiones de sobreaprendizaje o de superación de problemas puntuales o posibles recaídas. De este modo, la unión entre evaluación y tratamiento permanece hasta el final de toda intervención.

7.3. Evaluación de la efectividad de los tratamientos

Antes de continuar exponiendo la forma en que se lleva a cabo la medida del cambio o de resultados de los procesos de intervención psicológica clínica, resulta necesario realizar una aclaración terminológica que nos ayude a clarificar el área y diferenciar las distintas formas de abordaje de la medida del cambio que ha desarrollado la psicología clínica. La principal diferencia hace referencia a la existente entre la evaluación de la eficacia y la evaluación de la efectividad. En la [figura 7.2](#) se ofrece un resumen de las principales diferencias entre ambos términos.

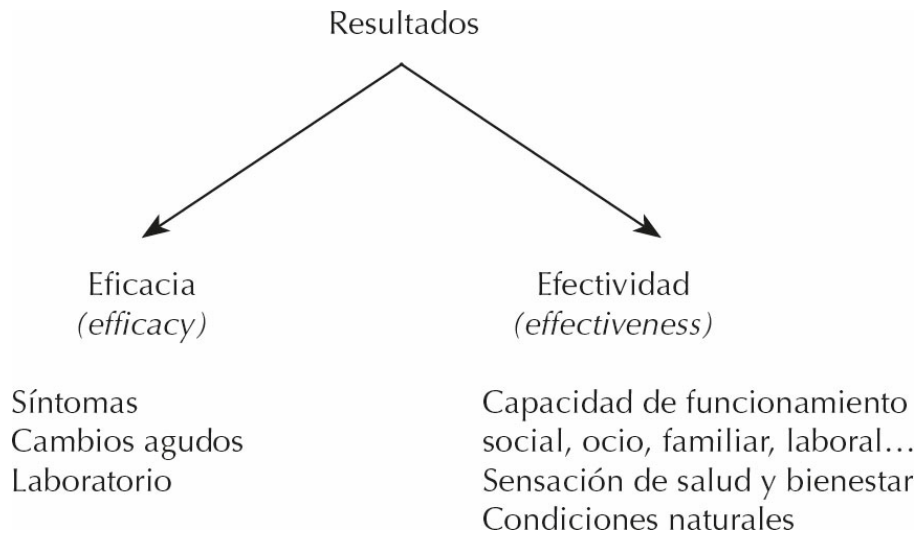


Figura 7.2. La medida de los resultados: eficacia y efectividad.

Como se observa en la figura, la eficacia y la efectividad son dos aspectos de una misma realidad: los resultados. La evaluación de la eficacia hace referencia a los trabajos de laboratorio que buscan demostrar las posibilidades de una técnica concreta para producir cambios, mejoras, en un problema concreto (trastorno o relación funcional entre variables). La evaluación de la efectividad se refiere a la medida de los efectos de esas mismas técnicas cuando se aplican en situaciones naturales. Un tercer término en discordia es el de eficiencia, que puede definirse como la efectividad en función de los recursos empleados. Se trata de una relación costes/beneficios, es decir, conseguir la misma efectividad con el menor número de recursos (humanos y materiales) posible. La mejora de los resultados es el principal objetivo de las intervenciones psicológicas, y solo después de lograr resultados significativos, surgiría el interés por otros aspectos como la aceptabilidad de los tratamientos o la accesibilidad a los mismos.

Un ejemplo puede clarificar estos términos: los fármacos actuales para el control de la hipertensión arterial presentan una eficacia altísima en los ensayos clínicos, mientras que la efectividad de los tratamientos con esos mismos fármacos en las consultas de los centros de salud no es ni mucho menos tan alta (un 60 % de los pacientes o no toma la medicación o lo hace de forma inadecuada, y de los que la toman correctamente, la mitad sigue pautas de alimentación incorrectas que pueden tener efectos

contraproducentes). Las intervenciones psicoterapéuticas no son ajenas a ese mismo fenómeno. Ni los sujetos, ni los terapeutas, ni las condiciones físicas son iguales en los estudios clínicos de investigación (laboratorio) que en la aplicación en situaciones naturales. Por otra parte, el precio del fármaco que pueden ofrecer los distintos laboratorios puede hacer variar la eficiencia al modificar sensiblemente el precio del tratamiento por paciente y mes.

Hasta el momento, la psicología clínica ha acumulado una evidencia empírica muy importante respecto a la eficacia de las intervenciones psicológicas. En este sentido, es muy interesante el esfuerzo realizado en los últimos años por la APA con la creación del grupo de trabajo sobre la Promoción y Difusión de los Procedimientos Psicológicos (*Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*). Sin embargo, la evidencia acumulada respecto a la efectividad en los ámbitos naturales de esas mismas líneas de tratamiento no es tan importante, y en algunos casos, es realmente escasa (Tolin *et al.*, 2015) y difícilmente comparable a la de otras disciplinas por distintos motivos que se irán analizando en los próximos apartados. Sin embargo, es importante reconocer la importancia de la elaboración de guías, mencionadas en el [capítulo 6](#), que pretenden facilitar su aplicación en la práctica profesional. Por su parte, los estudios de eficiencia resultan todavía muy escasos en nuestra área, aunque la situación está cambiando muy deprisa en los últimos años.

La perspectiva eminentemente aplicada y clínica de este texto nos obliga a centrar nuestra atención en mayor medida sobre la evaluación de la efectividad de las intervenciones psicológicas frente a los estudios de eficacia y eficiencia, magníficamente tratados en otros lugares, por ejemplo, Nathan, Gorman y Salkind (2015) y Labrador y Crespo (2012).

La situación actual respecto a las posibilidades de medir la efectividad de nuestras intervenciones no es precisamente fácil. De hecho, existen enormes inconvenientes para poder desarrollar estudios y medidas de efectividad que nos permitan comparar nuestras intervenciones entre sí o con respecto a las de otras disciplinas. En primer lugar, las posibilidades de generalizar los datos de la investigación clínica de laboratorio a la práctica cotidiana son muy limitadas. Aunque esta generalización se ha asumido por la práctica totalidad de la comunidad científica, la realidad es que las condiciones de trabajo son tan diferentes que ponen en duda dicha generalización. De hecho, diferentes autores han encontrado resultados que apuntan que los tratamientos administrados en contextos de investigación obtendrían mejores resultados que los mismos tratamientos aplicados en contextos clínicos (Gibbons, Stirman, DeRubeis, Newman y Beck, 2013; Kushner, Quilty, McBride y Bagby, 2009). Aspectos como la formación, especialización y supervisión de los profesionales, el tiempo disponible para la intervención o las características de los pacientes en el ámbito clínico e investigador son muy diferentes, lo que podría explicar, al menos parcialmente, estos resultados. Por un lado, tenemos al motivado investigador de una universidad de prestigio, con dos o tres millones de dólares a su disposición para desarrollar el trabajo y pacientes seleccionados y con características clínicas homogéneas, igualmente motivados por saber que están siendo

tratados en un centro importante (finalmente, eliminados de los análisis de datos si se muestran poco colaboradores, por ejemplo, si faltan a más de dos o tres sesiones). Por el otro, tenemos profesionales que trabajan con la presión de las listas de espera, pobremente motivados desde el punto de vista económico y con pacientes más heterogéneos y diversos, que presentan dobles diagnósticos y acuden a la consulta desmotivados y acuciados por los problemas de su vida. Podemos convenir en que el parecido entre ambas situaciones es escaso. Parloff, en su trabajo de 1979, ya nos anunciaba lo difícil de comparar distintas alternativas psicoterapéuticas y el escaso valor de la literatura científica, no acumulativa y poco informativa, para la aplicación clínica de los tratamientos psicológicos.

Además, a lo señalado anteriormente habría que sumar otra crítica sobre la evidencia acumulada sobre los tratamientos: muy a menudo estos se centran exclusivamente en las medidas de síntomas, y se ignoran otros resultados potencialmente importantes como pueda ser el funcionamiento de los pacientes (Tolin *et al.*, 2015).

Por otro lado, nos encontramos que es muy difícil comparar entre los escasos estudios porque los instrumentos utilizados pocas veces son los mismos. Basten algunos datos: entre 1983 y 1989 solamente en las principales revistas clínicas en los Estados Unidos se publicaron 1430 instrumentos de evaluación, de los cuales 840 solamente se utilizaron una vez (Froyd y Lambert, 1989). La escala HRSD propuesta por Hamilton para la valoración clínica de la depresión, y que se supone es el mejor exponente de este tipo de instrumentos, ha llegado a tener más de veinte versiones distintas y difícilmente comparables entre sí (Grundy *et al.*, 1994). Ogles, en su revisión de 1990 sobre la evaluación de la agorafobia, encontró noventa y ocho medidas distintas del trastorno. Esto se ha acentuado aún más a lo largo de los últimos años. Una señal de esto es que, actualmente, PsycTEST, una base de datos de la *American Psychological Association*, recoge casi cincuenta y cinco mil documentos asociados con instrumentos de evaluación psicológica, escalas, encuestas, etc., y sus medidas psicométricas. Sin embargo, las guías para la práctica clínica desarrolladas incluyen también, habitualmente, sugerencias para la evaluación que, de alguna forma, pueden orientar en la selección de dominios e instrumentos.

Ajena a estas dificultades, la presión social para la demostración de la efectividad de nuestras intervenciones no deja de crecer. Por una parte, la opinión pública no siempre es tan benevolente con las intervenciones psicológicas como los psicólogos tendemos a creer. Y por otro lado, la tendencia de las agencias aseguradoras y gubernamentales a poner límites al gasto en salud mental y a la aplicación de criterios de efectividad y eficiencia a las aplicaciones psicológicas. Presión que es igualmente manifestada por las Administraciones públicas y las agencias internacionales. Por ejemplo, el programa Salud 2000 de la OMS ya recogía la necesidad de evaluar la calidad de todas las intervenciones de salud, incluidas las psicológicas. Más de una década después, en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, este mismo organismo señala que esta información es básica para identificar técnicas e instrumentos de intervención que permitan ampliar la prestación de servicios en los países, aunque también reconoce que

la información disponible procede casi siempre de países de altos ingresos, y es necesario corregir esto para que los países de menores ingresos se doten de estrategias costoefectivas y culturalmente apropiadas para atender sus propias necesidades específicas en material de salud mental.

¿Se podría decir que la psicología clínica, al conseguir entrar definitivamente en las instituciones sanitarias, se ha topado con la realidad que había conseguido esquivar en su corto pero intenso siglo de historia? En la evaluación de la efectividad de las intervenciones psicológicas, el clínico se juega sus posibilidades de ayudar a sus pacientes y su prestigio profesional a medio plazo. La psicología clínica se juega su supervivencia como profesión diferenciada.

Para avanzar en la clarificación de la eficacia y efectividad de las distintas intervenciones psicológicas y situarlas adecuadamente frente a los demás tipos de intervenciones en salud mental, es necesario recorrer previamente un camino que nos dote de una tecnología adecuada para la comparación: determinar las variables comunes que evaluar para cada trastorno, identificar las fuentes de información más convenientes, definir los instrumentos comunes para medir esas variables y delimitar los momentos de la medida. Aunque son muchos más los elementos que considerar en las evaluaciones de resultados (Thornicroft, 2015; APA, 2002), solamente una vez conseguido un consenso importante en todos y cada uno de los puntos mencionados, podremos empezar a comparar correctamente nuestras intervenciones en salud mental. Los próximos apartados son una revisión del estado de la cuestión en cada uno de ellos.

7.3.1. Dominios de evaluación

Desde la certeza de que solamente son comparables entre sí aquellas intervenciones que midan las mismas variables, utilizando las mismas fuentes de información, en los mismos momentos y con los mismos instrumentos, el primer paso en el desarrollo de una tecnología de evaluación reside en la búsqueda de un consenso respecto a las variables que medir. Hasta hace apenas unos años, los avances en esta dirección habían sido muy pequeños o no se habían hecho en absoluto. En el mejor de los casos, se venía realizando una auténtica investigación en paralelo, sin contactos, por los distintos enfoques psicológicos y disciplinas que abordan los problemas de salud mental. Los intercambios de información eran escasos y las posibilidades de comparación prácticamente nulas.

El trabajo interdisciplinar con investigaciones conjuntas comparando distintas alternativas de intervención, por ejemplo, fármacos y psicoterapia, ayudaron a avanzar algo en este camino. Por otra parte, las estrategias fundamentadas en lo que se denominó metaanálisis ayudaron algo a clarificar el tema, aunque probablemente no hicieron más que profundizar en la necesidad de contar con variables e instrumentos comunes. Sin embargo, hasta la aparición del DSM-III y su versión revisada y, especialmente, del DSM-IV, no se llegó a pensar seriamente en la posibilidad de ese consenso.

En un magnífico trabajo de integración, Schulte (1987) nos clarifica el punto de partida en la búsqueda de ese consenso y nos facilita algunas claves para su consecución.

En la [figura 7.3](#) se resumen los principales argumentos expuestos por Schulte en esta dirección.

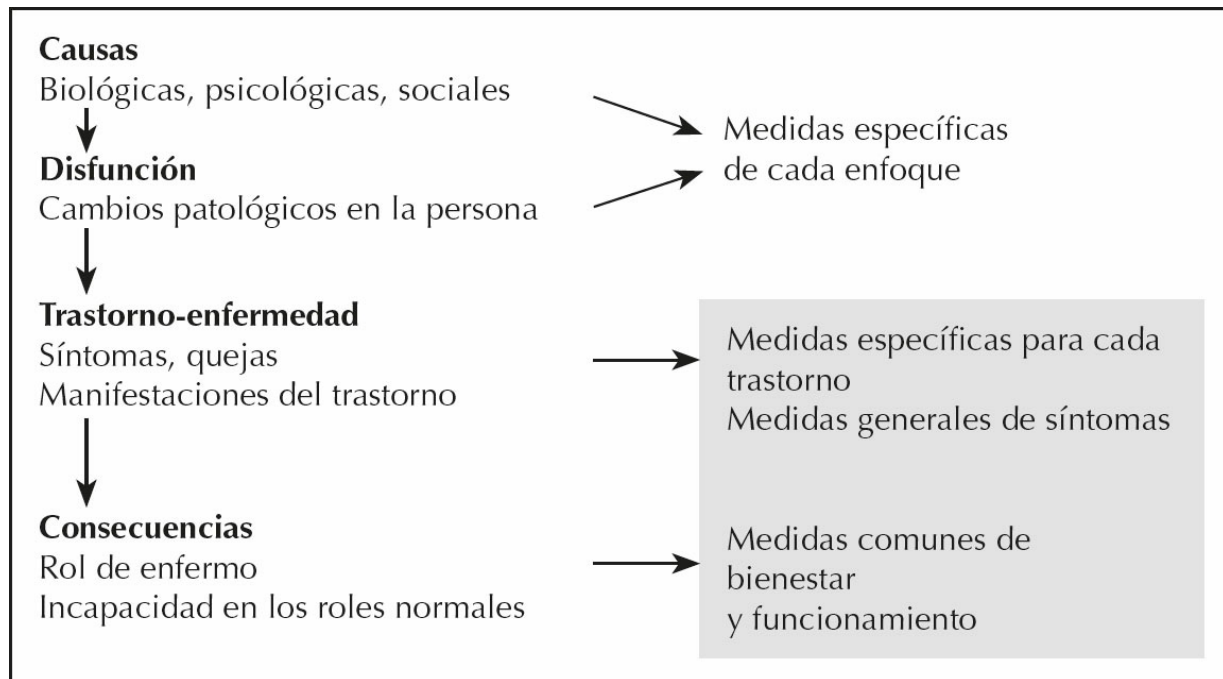


Figura 7.3. Búsqueda del consenso entre enfoques para la evaluación de la efectividad de las intervenciones en salud mental.

Fuente: A partir de Schulte, 1987.

Cada enfoque o disciplina profesional ha creído identificar, entre los grupos de variables que estudia (biológicas, psicológicas, sociales, etc.), fenómenos susceptibles de ser considerados causas de los trastornos que, a su vez, provocan unas consecuencias en la persona y su medio ambiente próximo. En la figura, se distinguen estos momentos seguidos por todos los enfoques y disciplinas al enfrentarse a los trastornos de salud mental. Inicialmente, cada enfoque ha ido desarrollando su propia tecnología de evaluación (variables, instrumentos, informantes y momentos) para cada nivel de acercamiento, y ha creado incluso disciplinas dispares en función del nivel o enfoque de referencia. Un esfuerzo de consenso nos lleva a observar enseguida algunas diferencias importantísimas entre enfoques respecto a los agentes causales y los cambios patológicos ocurridos en la persona, responsables de la aparición de los distintos trastornos de salud mental. Por ejemplo, los enfoques biológicos siempre buscarán el último responsable en el funcionamiento de los neurotransmisores en las distintas estructuras neurológicas, los dinámicos encontrarán aspectos inconscientes en el devenir de la estructura psíquica de la persona, los ambientalistas hallarán cambios en el contexto relacionados con la aparición del trastorno. Independientemente de la convicción de que cualquier modelo actual que quiera explicar la aparición y mantenimiento de los trastornos mentales debe incluir variables biológicas, psicológicas y sociales en sus esquemas, los planteamientos

propios de cada enfoque hacen que, por el momento, sea muy difícil encontrar un consenso en los dos primeros niveles del modelo. De hecho, un intento de consenso en esos niveles podría fracasar estrepitosamente y hacer parecer que el consenso es imposible (algo que ya ha ocurrido con anterioridad). La situación es algo mejor en los otros dos niveles. Por un lado, en el nivel de trastornos, tenemos un gran trecho avanzado gracias a los esfuerzos cristalizados en los diferentes sistemas de clasificación (DSM y CIE) y, aunque el acuerdo no es ni mucho menos global y siguen existiendo distintas versiones y definiciones de términos como salud general, calidad de vida o funcionamiento psicosocial, el nivel de las consecuencias ha corrido mejor suerte. Posiblemente, debido al interés más reciente en su estudio y a su mejor definición a través de instrumentos de medida, el consenso en este nivel es mucho mayor y ha sido más fácil de conseguir que en los anteriores. En este caso, el principal problema reside en que son todavía muchos los trabajos de investigación clínica que no reconocen la importancia de este tipo de variables más lejanas y generales que los propios síntomas o trastornos, y que no las incluyen como un indicador de resultados, a pesar de que se ha visto que, aunque existe correlación entre síntomas y variables, como el funcionamiento, puede haber una falta de coincidencia entre ambas al finalizar el tratamiento (Vatne y Bjorkly, 2008). En la clínica, el panorama nos sitúa ante la misma perspectiva: todos los psicólogos están muy probablemente de acuerdo en medir el número de rituales de una persona con un trastorno obsesivo compulsivo como índice de mejoría, sin embargo ¿cuántos miden la salud general o el funcionamiento psicosocial de esa misma persona como complemento o como medida definitiva de la intervención?

Desde la segunda mitad de los años ochenta en que se plantearon estas bases para la búsqueda del consenso, se ha avanzado significativamente en esa dirección, aunque los logros no han sido muy espectaculares hasta el momento. Sin duda, el mayor esfuerzo en esta dirección lo constituye el trabajo realizado para la definición de criterios diagnósticos para los distintos trastornos llevados a cabo por los sistemas de clasificación DSM y CIE. Además, a pesar de la desaparición de la evaluación multiaxial, el DSM-5 mantiene de forma explícita la necesidad de considerar el funcionamiento psicosocial de los pacientes, y recomienda para ello el WHODAS 2.0. Fuera del DSM, se han realizado esfuerzos interesantes por intentar avanzar en esa línea. Así, por ejemplo, la Core Battery Conference convocada en 1994 por la Society for Psychotherapy Research y por la *American Psychiatric Association*, que creó un grupo de trabajo para la búsqueda de evidencia acerca de variables e instrumentos susceptibles de ser consensuados para la medida de los trastornos de salud mental. Los primeros frutos de ese grupo se centraron en la creación de un manual de medidas en psiquiatría. Así, empleando una estructura y forma de funcionamiento similares a las de las comisiones de trabajo para el desarrollo del DSM-IV, se formó un equipo de cincuenta y nueve personas que revisaron la evidencia reunida en torno a los principales instrumentos de medida, y obtuvieron como resultado final la publicación del *Handbook of Psychiatric Measures* (Rush, Pincus, First *et al.*, 2000), que ha sido revisado posteriormente en diversas ocasiones (Rush, First y Blacker, 2009) y que puede

considerarse como un intento riguroso en esta labor de consenso y confluencia acerca de las medidas que utilizar en el campo de la salud mental. En esta misma línea, otros autores han elaborado también revisiones sobre evaluación basada en la evidencia como Hundsley y Mash (2018) en su interesante trabajo *A Guide to Assessment that Work* (APA, 2016).

Thornicroft (2015), a partir de una revisión sistemática realizada por Slade (2002), afirma que los dominios de resultados utilizados habitualmente para la evaluación de las intervenciones de salud mental se podrían agrupar en siete categorías, concretamente: bienestar, cognición/emoción, conducta, salud física, ámbito interpersonal, social y uso servicios. A esto sería importante añadirle la experiencia del paciente con el tratamiento. Ya desde los años noventa, existe un acuerdo importante en considerar la satisfacción de los usuarios con la intervención como una medida apropiada de resultados y calidad (Thornicroft y Tansella, 1996). La evaluación de la satisfacción de los usuarios con la intervención se ha convertido en un aspecto central en la evaluación de resultados ya que, como variable independiente, puede influir en la eficacia de las intervenciones y en variables como la utilización de los servicios.

Llegados a este punto, resulta necesario hacer algunas apreciaciones sobre la elección de los dominios de evaluación y la importancia de la misma. En primer lugar, la elección de los dominios debe ser independiente y previa a la elección de los instrumentos, porque, en caso contrario, esto podría poner en cuestión la relevancia o consistencia de la medida. Además, la elección de un dominio de resultados debe ser coherente con la intervención planteada y debemos ser conscientes de que envía un mensaje claro sobre qué es aquello que se considera importante.

Sin querer entrar en detalles y polémicas que nos llevarían mucho más lejos de los objetivos de este libro, podemos encontrar un buen resumen en los trabajos de Hargreaves, Shumway, Hu y Cuffel (1998) o en los propios de nuestro grupo de trabajo desarrollados para la elaboración de un sistema de evaluación de resultados para las intervenciones con personas con trastornos mentales crónicos, puesto en marcha en los centros de rehabilitación psicosocial de la Comunidad de Madrid (Muñoz, Vázquez *et al.*, 1999) y que siguió muy de cerca los desarrollos del *Outcomes Project* de la APA, siendo el primer grupo en aplicar el Schizom (Cuffel, Fischer, Owen y Smith, 1997) fuera de los Estados Unidos. En el [cuadro 7.3](#) se ofrece un esquema de los dominios o grupos de variables que incluir en los estudios de resultados en salud mental.

Cuadro 7.3. *Dominios que considerar en la evaluación de resultados de las intervenciones en salud mental*

<i>Dominios</i>
1. Síntomas y trastornos específicos
Generales
Medidas específicas por trastorno
2. Funcionamiento
Globales

Multidimensionales
3. Estado general de salud
4. Calidad de vida
5. Bienestar
6. Satisfacción
7. Seguridad pública y bienestar social
Violencia
Conducta disruptiva
Carga familiar

Como puede observarse en el cuadro, las variables que considerar en los estudios de efectividad y, por tanto, en la evaluación de la efectividad de las intervenciones clínicas abarcan distintos ámbitos o dominios de actividad del paciente. Se amplía la visión desde los síntomas o trastornos a las medidas de funcionamiento, salud, calidad de vida, violencia y satisfacción con el servicio recibido.

7.3.2. Informantes

La revisión de los dominios de evaluación para la medida de la efectividad y el cambio producido por las intervenciones psicológicas ha desembocado en una ampliación considerable del número y tipo de variables implicadas. Esta misma conclusión se va a observar en cuanto a las fuentes de información que considerar para determinar la efectividad de nuestros tratamientos.

Los primeros trabajos que informaron de la eficacia de las intervenciones psicológicas citaban como única fuente de información al propio terapeuta, que, de forma *subjetiva*, informaba de la evolución del paciente a lo largo del tratamiento. Con el tiempo, este tipo de juicios se han ido elaborando y sistematizando en escalas de valoración; el BPRS (Overall y Gorham, 1962) o la escala de depresión de Hamilton (Hamilton, 1960) pueden ser muy buenos ejemplos de este tipo de evolución. Enseguida pareció que la opinión del paciente respecto a su propio malestar o bienestar debía ser tomada en cuenta. Cada enfoque psicológico desarrolló sus propias pruebas para evaluar estos cambios, aparecieron los test psicológicos clínicos en su acepción más amplia: cuestionarios, test proyectivos, test psicométricos, etc. Actualmente, existe una distinción emergente en relación con las medidas valoradas por el paciente, concretamente: medidas orientadas hacia la experiencia del uso de servicios y sistemas de salud mental (medidas de la valoración de la experiencia del paciente o PREM en sus siglas en inglés) y la medida del cambio en salud (medias de resultados valoradas por el paciente o PROM en sus siglas en inglés), estas últimas generadas en algunos casos por los propios pacientes (PG-PROM) (Thorncroft, 2015; Jensen-Doss *et al.*, 2018).

A menudo se ha calificado como evaluación *objetiva* aquella que considera la perspectiva del clínico, mientras que la evaluación que considera directamente a los pacientes ha sido considerada subjetiva. Sin embargo, es importante tener en cuenta que tanto la perspectiva de los pacientes como la de los profesionales están influidas por un

importante número de factores y que en ambos casos aportan información útil, relevante y complementaria para la valoración de los resultados.

Por otro lado, los autores más cercanos a la metodología experimental abogaron por la inclusión de observadores externos que determinaran los cambios ocurridos. Estos observadores podían utilizar estrategias más descriptivas o valorativas, pero, en cualquier caso, debían permanecer ajenos a la intervención y requerían de un entrenamiento preciso en las estrategias utilizadas en cada caso. Solo muy recientemente se ha incluido en este tipo de juicios a los familiares o personas que conviven con el paciente y que, sin entrenamiento previo y sin técnicas de observación sistematizadas, pueden informar respecto a la mejoría o empeoramiento de sus familiares, evidentemente desde su punto de vista siempre subjetivo. Finalmente, es aún más reciente la consideración de los juicios y valoraciones emitidos por otros profesionales o agentes públicos implicados en el caso. La opinión de psiquiatras, trabajadores sociales, abogados, jueces, empleadores, etc., es cada vez más tenida en cuenta como un elemento más de evaluación de la efectividad. En el [cuadro 7.4](#) se incluye un resumen de las interacciones existentes entre los dominios que evaluar y los informantes más adecuados en cada ocasión.

Cuadro 7.4. *Matriz de informantes por dominios*

	<i>Malestar</i>	<i>Síntomas, trastorno, diagnóstico</i>	<i>Funcionamiento</i>	<i>Otras variables globales (calidad de vida, bienestar)</i>	<i>Experiencia o satisfacción con la intervención</i>
Paciente	X	X	X	X	X
Terapeuta	X	X	X	X	
Otros significativos	X	X	X	X	X
Otros profesionales	X	X	X	X	
Observadores independientes	X	X	X	X	

Fuente: A partir de Speer, 1998.

Puede concluirse que el camino recorrido por la EPC, por otra parte no muy distinto del de otras ciencias sociales y de la salud, ha pasado de la completa subjetividad del terapeuta a la búsqueda de la objetividad supuestamente científica, para terminar volviendo a la subjetividad. Sin embargo, la renuncia a la objetividad debe entenderse en el contexto de la contemplación de la intersubjetividad de los informadores y el necesario estudio de la convergencia y divergencia de las fuentes de información como estrategia básica de acumulación de evidencia para la observación de los posibles

cambios producidos por nuestras intervenciones.

7.3.3. Instrumentos de medida

En cuanto a los instrumentos de recogida de información que emplear para medir las variables incluidas en los dominios citados y con cada tipo de informante, sin duda la mejor alternativa sería la de utilizar baterías o esquemas consensuados en la comunidad científica para cada trastorno o grupo de ellos. La realidad nos indica que, aunque se están llevando a cabo esfuerzos muy importantes en esa dirección, hay intereses de todo tipo, personales, económicos, sociales, etc., que impedirán la publicación de esa clase de instrumentos a corto plazo. Sin duda, esta es la única solución posible al caos actual de técnicas e instrumentos de medida que se ha comentado anteriormente. Mientras este tipo de baterías no se publique, la única opción que nos queda es la de desarrollar instrumentos con ciertas normas y garantías para cada caso o programa.

Sin embargo, nos encontramos aquí con un elemento que explica el rechazo de algunos profesionales por este tipo de evaluaciones: la falta de utilidad percibida por los terapeutas de las medidas previamente determinadas o la falta de ajuste de las mismas al caso en particular son algunos de los motivos más alegados por los profesionales clínicos para no llevar a cabo o participar en este tipo de evaluaciones (Ogles, 2007). Algunos terapeutas entienden la incorporación de estas medidas como una interferencia en su práctica profesional, algo que no aporta a su trabajo clínico y que no se ajusta a cada caso de forma individual. En los últimos años, intentando facilitar la realización de evaluaciones de resultados en un contexto clínico, han aparecido algunas aproximaciones que intentan considerar la opinión de los usuarios, adaptarse a su especificidad y mantener su utilidad para este tipo de evaluaciones. Ejemplos de aproximaciones en este sentido serían la *Personal Primary Outcomes List* (Slade *et al.*, 2011), que permite al paciente en la evaluación inicial seleccionar los dominios que considera más relevantes, o la *INSPIRE Measure* (Williams *et al.*, 2012), que permite seleccionar los ítems en función de las preferencias del paciente. Por otro lado, otros instrumentos, como la *Recovery Star*, pueden facilitar también la aceptación por los profesionales, al estar concebidos para trabajar conjuntamente con los pacientes, facilitar el diseño del plan de trabajo y obtener *feedback* a lo largo de todo el proceso para el profesional y paciente, siendo percibido como una herramienta útil para el proceso de intervención y no como algo ajeno a la misma.

Quizá este tipo de herramientas consigan ayudar a superar algunas de las barreras a la puesta en marcha de evaluaciones de resultados en la práctica clínica, tan necesarios y complejos.

Sin olvidar esto, el objetivo básico se centrará en encontrar un conjunto de medidas y procedimientos que cumplan todas las demandas de los pacientes y mantengan unos criterios altos de calidad. Siguiendo las directrices ofrecidas por Newman, Ciarlo y Carpenter (1999), pueden citarse los siguientes objetivos específicos:

- Respecto a las medidas que utilizar:
 1. Deben ser relevantes a los usuarios y profesionales de los servicios englobados e independientes del tratamiento ofrecido en cada centro, aunque debían mantener una alta sensibilidad a los cambios producidos por dichos tratamientos.
- Respecto a los métodos y procedimientos:
 2. Deben ser sencillos y fáciles de enseñar al personal de los centros.
 3. Deben, en lo posible, utilizar referentes objetivos.
 4. Deben dar la posibilidad de utilizar múltiples informadores.
 5. Deben facilitar la evaluación del proceso de cambio, no exclusivamente del resultado.
- Respecto a las propiedades psicométricas:
 6. Los instrumentos seleccionados deben disponer de unos criterios de calidad psicométrica altos: fiables, válidos y sensibles al cambio producido por el tratamiento, y que provoquen la mínima reactividad posible.
- Respecto a las consideraciones de coste/beneficio:
 7. Disponer del coste más bajo posible, considerando su función.
- Respecto a la utilidad:
 8. Deben ser comprensibles por audiencias no profesionales, para facilitar su impacto social.
 9. Deben ofrecer una interpretación sencilla, que favorezca el *feedback* a los servicios.
 10. Deben ser útiles en servicios clínicos.
 11. Deben ser compatibles y coherentes con la intervención y con las prácticas llevadas a cabo en los centros en cuestión y deben centrarse en los elementos más relevantes.

En el [cuadro 7.5](#) se incluyen algunos de los instrumentos más empleados hasta el momento no como guía, sino como ejemplo del tipo de instrumentos en los que se está pensando como susceptibles de ser utilizados en la evaluación de la efectividad de las intervenciones clínicas.

Cuadro 7.5. *Dominios y ejemplos de instrumentos que considerar en la evaluación de resultados de las intervenciones en salud mental*

<i>Dominio</i>	<i>Ejemplo de instrumentos</i>
1. Medidas de síntomas y trastornos específicos	
Diagnóstico	– SCID-5 (First, Williams, Smith y Spitzer, 2016) CIDI (OMS, 1992) PRIME-MD o HPQ (Spitzer <i>et al.</i> , 1994)
Síntomas	– BSI, SCL-90 (Derogatis, 1993)
– Generales	Medida de síntomas transversales del nivel 1 del DSM-5 autoevaluadas: adulto (APA, 2014)
– Medidas específicas por trastorno	– BDI-II (Beck <i>et al.</i> , 1996) GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams, y Löwe, 2006) PHQ-9 (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001)
2. Medidas de funcionamiento	
– Globales	– EEAG (DSM-IV, 1994)
– Multidimensionales	– WHODAS 2.0 (OMS, 2010)
3. Medidas de estado general de salud	– SF-36 (Ware, 1993) – GHQ (Goldberg, 1978)
4. Medidas de calidad de vida	– <i>Quality of life interview</i> (Lehman, 1983) – EQ-5D-5L (EuroQol Group, 2009) – GENCAT (Verdugo <i>et al.</i> , 2009) Diversas medidas para colectivos o trastornos concretos (ej. FUMAT, CUBRECAVI)
5. Medidas de bienestar	– Índice de Pemberton (Hervás y Vázquez, 2013)
6. Medidas de seguridad pública y bienestar social	– Campo menos desarrollado y con un menor número de instrumentos consensuados
Violencia	
Conducta disruptiva	
Carga familiar	
7. Medidas de satisfacción con la atención recibida	– Instrumentos más próximos a cada tipo de servicio – Cuestionario de satisfacción (López, 1994)

7.3.4. Temporización de la medida

De forma similar a la selección de variables, la medida del cambio tendrá que contemplar el control de los aspectos temporales implicados en la misma. Como en los demás casos, esta planificación de la medida debe realizarse de forma anterior a la puesta en marcha del tratamiento. De hecho, normalmente, habrá que considerar este aspecto de la medida en los primeros momentos de la EPC, al elegir los instrumentos que emplear para medir cada variable de interés. Son dos los aspectos que deben considerarse de forma prioritaria:

A) Ventanas de medida

El primero de los aspectos que controlar es el relativo a las ventanas de medida de los diferentes instrumentos y técnicas empleadas para la medida de las distintas variables en los distintos momentos elegidos.

Por ventana de medida se entiende el periodo al cual se refiere una medida. Para clarificar el concepto, puede pensarse en distintos ejemplos:

- Un autorregistro que la persona realice durante una semana.
Ventana = una semana.
- Un cuestionario que pregunte: “Las siguientes preguntas se refieren a su estado de salud durante los últimos siete días, conteste pensando solamente en la última semana”.
Ventana = una semana.
- Un cuestionario que indique: “Conteste cómo se ha sentido durante la situación que acaba de vivir”.
Ventana = la duración de la situación (algunos minutos).

En primer lugar, debemos ajustar la ventana de medida a los cambios esperables en las variables que vamos a medir. Son de especial relevancia todas aquellas variables que funcionan o son sensibles a distintos tipos de ciclos temporales naturales (circadianos, lunares, estacionales, anuales) o artificiales (laborales, periodos con cada miembro de la pareja de un niño con padres divorciados, etc.). Además, las ventanas de medida de los instrumentos empleados, sobre todo cuando quieren hacerse comparaciones entre ellos, deben ser iguales. Esto quiere decir que los intervalos temporales a los que se refiere o se desarrolla una medida (ventana) deben ser iguales para poder ser comparables. No podemos utilizar como medida pretratamiento el GHQ y como medida postratamiento el SF-36, ambas muy buenas pruebas para la medida de la salud general; además de no incluir los mismos ítems, el GHQ, habitualmente, utiliza una ventana de cuatro semanas, mientras que el SF-36 se refiere a la última semana. Aunque los datos pudieran parecer similares, los cambios de salud ocurridos en ciclos de veintiocho o siete días son muy distintos para algunos trastornos determinantes (p. ej., los asociados al ciclo menstrual de la mujer).

B) Momentos de medida

Para obtener medidas del cambio producido por una intervención determinada, será preciso contar con medidas previas y posteriores al tratamiento que permitan estimar los cambios ocurridos y, en el caso clínico, establecer algún tipo de control que permita superar la dificultad de no contar con grupos controles. Los diseños de caso único configuran una herramienta de máxima utilidad para este tipo de controles. Es necesario recordar los esquemas A-B-A-B, los de línea base múltiple y toda la variedad de diseños ajustados a cada posible intervención.

De esta forma, el proceso de EPC abarca desde el primer contacto con el cliente

hasta el último, y se mantiene durante todo el proceso de intervención. Como se ha visto, su metodología se adapta a las necesidades del paciente, de cada fase de la evaluación y del tratamiento psicológico elegido. Se han utilizado en ese proceso metodologías experimentales y correlacionales, acercamientos nomotéticos e ideográficos, perspectivas molares y moleculares, descripciones específicas e interpretaciones globales. Ha habido espacio para la perspectiva personal del cliente y para el enmarque diagnóstico. En definitiva, el psicólogo ha utilizado todos los métodos posibles en su trabajo con el cliente, sus familiares y todos los profesionales sociales y sanitarios, para la mejora de la salud y calidad de vida de su cliente, objetivo final de toda intervención en psicología clínica.

7.4. Caso clínico

Para seguir el cambio que se iba produciendo y valorar los resultados finales de la intervención, se utilizó una estrategia combinada que utilizó diversas técnicas en los distintos momentos.

Para llevar a efecto la evaluación durante y postratamiento, se realizaron medidas con el BDI-II y el GHQ-28 en la evaluación pre y al finalizar cada una de las fases de la intervención. En la tercera fase, la medida se realizó en uno de los seguimientos trimestrales, con lo que puede decirse que consistió en un seguimiento a los seis meses de finalizado el tratamiento. De forma complementaria, se mantuvo la autoobservación durante fases completas de la intervención, combinada con el diario que se pidió al paciente que llevara durante todo el proceso de intervención. Ambas técnicas resultaron de gran utilidad para la identificación de los cambios más cualitativos producidos.

Al finalizar la intervención, se combinaron los datos provenientes de las pruebas con los del propio paciente, la opinión clínica de los terapeutas y con los de una entrevista a los padres y una consulta con el psiquiatra.

Según finalizaba la evaluación y avanzaba la fase primera del tratamiento, enseguida, se comenzó a detectar en el diario un empeoramiento de algunas ideas irracionales y de los sentimientos de tristeza y malestar. Esta fase se completó muy rápidamente (cuatro semanas) y se monitorizó su final con el BDI-II y el GHQ-28. Ambos, mucho más claramente el GHQ-28, confirmaron el empeoramiento. La interpretación que se manejó fue la relacionada con el aumento de la conciencia de enfermedad, que, en muchos casos, puede provocar esos empeoramientos iniciales. Fue el argumento que se utilizó con el paciente para conseguir que continuara un tratamiento que parecía estarle poniendo las cosas aún más difíciles.

En la fase dos se tomaron las mismas medidas, esta vez acompañadas de los propios registros de las exposiciones y autoexposiciones realizados. En las [figuras 7.4](#), [7.5](#) y [7.6](#) se incluyen los resultados del autorregistro, del BDI-II junto con la medicación y del GHQ-28 respectivamente a lo largo de la intervención: medidas pre, fase 1, fase 2 y fase 3 del tratamiento.

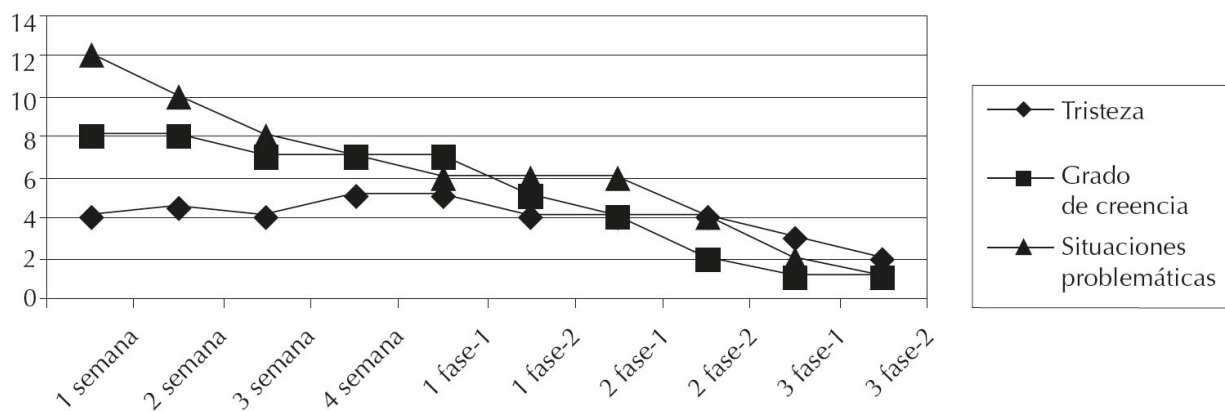


Figura 7.4. Tristeza, grado de creencia y situaciones problema antes, durante y al final del tratamiento. A partir del autorregistro.

Debe destacarse el importante cambio registrado en el grado de creencia y en la frecuencia de situaciones problemáticas. Sin embargo, también hay que comentar la evolución de los sentimientos de tristeza y bajo estado de ánimo que, aunque mejoraron, no desaparecieron. Este hecho nos hizo reconsiderar la opción del trastorno distímico que se descartó durante la evaluación pretratamiento.

Dada la evolución social que llevaba el paciente, se prefirió no intervenir y dejar que el propio curso de las cosas terminara por aclarar la situación. Se esperaba que, al mejorar la situación social, aumentarían las recompensas y terminaría de mejorar el estado de ánimo.

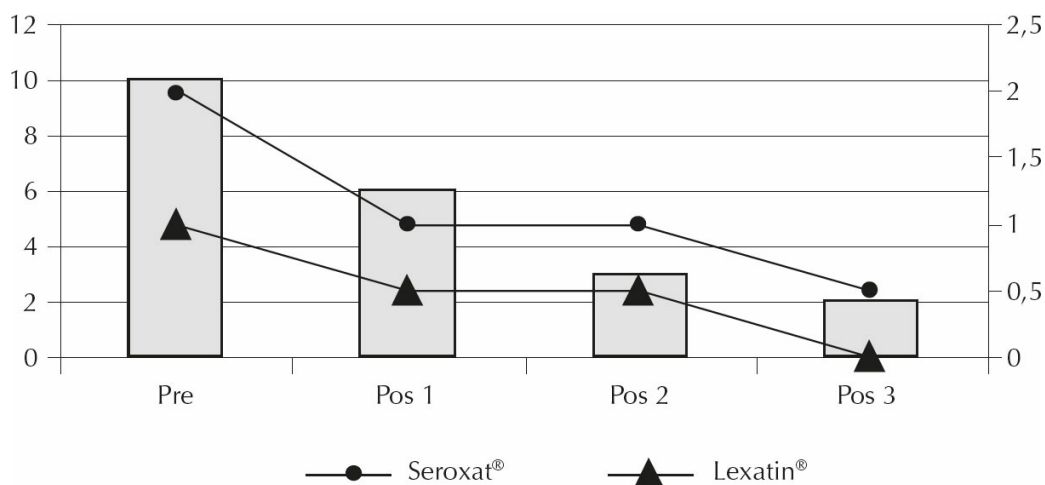


Figura 7.5. Resultados del BDI y número de comprimidos por día a lo largo de las fases de la intervención.

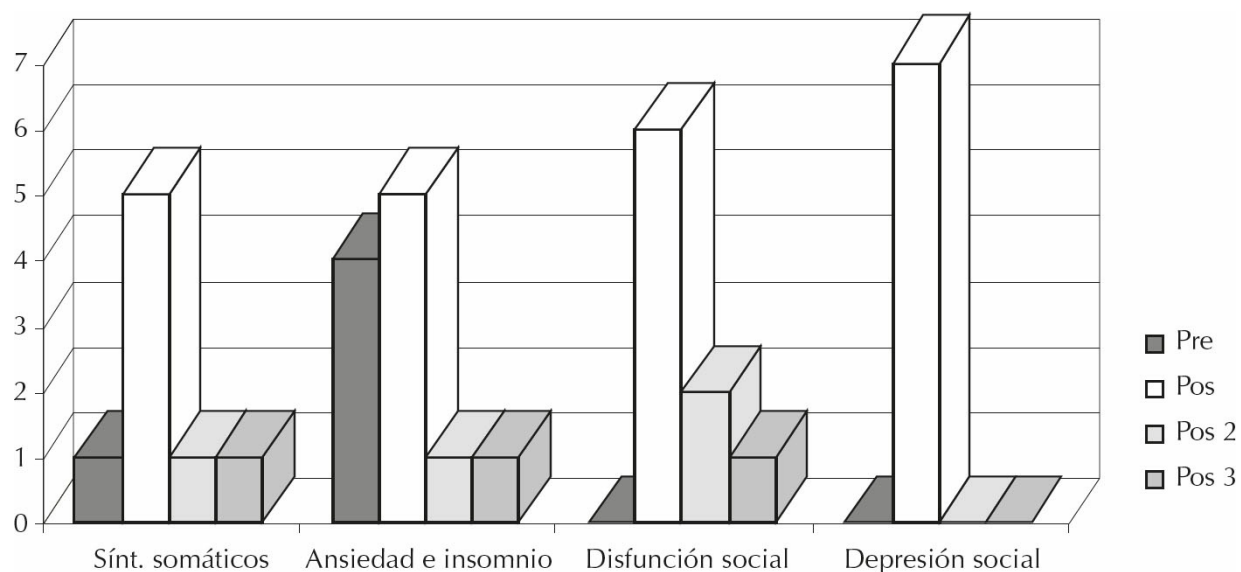


Figura 7.6. Resultados del GHQ-28 durante las fases de la intervención.

Una vez superada la caída inicial por el aumento de conciencia de sus problemas y los cambios en las atribuciones que podía ir generando la información de los terapeutas y, especialmente, la de la autoobservación, el paciente comenzó a presentar una mejoría evidente.

- No volvieron a aparecer episodios especiales.
- Se avanzó muy deprisa en la autoexposición.
- Mejoró sensiblemente la valoración subjetiva del paciente en los diarios y entrevistas.
- Mejoraron las puntuaciones en las pruebas de control (BDI y GHQ-28).
- Mejoró la puntuación de la WHODAS 2.0, escala recomendada en el DSM-5 para la evaluación del funcionamiento psicosocial, que se redujo hasta 4.
- Disminuyó la sobrevaloración de los demás.
- Mejoró en la autoestima intelectual.

Al finalizar la tercera fase, además de la mejoría mostrada en los instrumentos de evaluación y de mantener todos los cambios producidos durante las fases anteriores, se observó una mejora en el número y calidad de las relaciones sociales, incluyendo las mujeres. El paciente prefirió dejar las relaciones sexuales para el momento de establecer una relación más formal y duradera, se respetó su idea y se le animó a que volviera a consulta cuando considerara llegado el momento. Debe aclararse que este consejo se le explicó en la línea de que era bueno que volviese a consulta, no porque él pudiera tener dificultades, sino para mejorar en lo posible el tipo de relación. De forma no esperada, ni planificada en el tratamiento, Anakin comenzó un proceso de independencia de sus padres, económica y de vivienda, que le permitiera llegar a llevar una vida independiente y plena en un futuro próximo.

Índice

Anteportada	2
Portada	5
Página de derechos de autor	6
Dedicatoria	7
Índice	8
Prólogo	13
1. Introducción al proceso de evaluación psicológica clínica	17
1.1. Breve introducción histórico-conceptual a la evaluación psicológica clínica	17
1.1.1. Desarrollo de la psicopatología y el psicodiagnóstico	18
1.1.2. Desarrollos de las principales escuelas psicológicas	20
1.1.3. Desarrollo de la teoría psicométrica y de la medida en psicología	23
1.1.4. Desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso	23
1.2. Fundamentos básicos del proceso de evaluación psicológica clínica	25
1.2.1. Punto de partida metodológico	26
1.2.2. Tipo de información necesaria	29
1.2.3. Las pruebas de evaluación psicológica en el proceso de la evaluación psicológica clínica	31
1.2.4. La relación terapéutica a través del proceso de evaluación: las habilidades en función del paciente	38
1.3. Ejes de actividad, momentos y tareas en el proceso de la evaluación psicológica clínica: un modelo integrador	42
1.3.1. Análisis descriptivo	44
1.3.2. Diagnóstico	46
1.3.3. Análisis funcional y formulación	46
1.3.4. Diseño del tratamiento	48
1.3.5. Evaluación del cambio	49
1.3.6. Informes y devolución de información	50
2. Detección de problemas y exploración inicial	51
2.1. La detección de problemas de salud mental	51
2.1.1. Conceptualización, tareas y momentos en la detección de problemas de salud mental	52
2.1.2. Primer nivel de detección de un “caso”	55
2.1.3. Segundo nivel de detección: detección de un área problemática	57

2.2. La exploración inicial	59
2.2.1. Objetivos y funciones del primer contacto	59
2.2.2. La exploración inicial	62
2.2.3. Miniexamen del estado mental (Mini-mental)	70
2.2.4. Motivo de consulta	71
2.3. Caso clínico	73
3. Evaluación para el diagnóstico	75
3.1. El diagnóstico en el proceso de evaluación clínica	75
3.2. Sistemas de diagnóstico actuales	79
3.2.1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)	81
3.2.2. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE)	84
3.2.3. Perspectivas alternativas: enfoque transdiagnóstico y modelo de clasificación jerárquica de la psicopatología	87
3.3. Formas de proceder en el diagnóstico de los trastornos mentales	90
3.3.1. Cuestionarios	91
3.3.2. Entrevistas estructuradas	95
3.3.3. Entrevistas semiestructuradas	103
3.4. El diagnóstico a través de la evaluación clínica	107
3.5. Caso clínico	108
4. Evaluación para el tratamiento I: análisis descriptivo	117
4.1. El análisis descriptivo en el proceso de evaluación	117
4.2. Identificación de problemas	118
4.2.1. ¿Que son los problemas?	119
4.2.2. Formas (técnicas) de identificar problemas	120
4.2.3. La lista de problemas	135
4.3. Análisis de secuencias	137
4.3.1. Aspectos cuantitativos del análisis de secuencias	138
4.3.2. Aspectos cualitativos del análisis de secuencias	144
4.3.3. Formas (técnicas) de recoger información sobre secuencias	147
4.4. Análisis del desarrollo	152
4.4.1. Etiología y curso de los problemas	153
4.4.2. Formas (técnicas) de recoger información sobre el inicio y curso de los problemas	159
4.5. Variables de la persona	164
4.5.1. Variables relacionadas con el problema	165

4.5.2. Variables relacionadas con la intervención	170
4.6. Variables del contexto	173
4.6.1. Condiciones físicas	174
4.6.2. Condiciones sociales	177
4.7. Apuntes para la consideración de aspectos transversales en el proceso de evaluación	181
4.8. Caso clínico	185
5. Evaluación para el tratamiento II: análisis funcional y formulación clínica	197
5.1. Análisis funcional y formulación clínica	197
5.2. Relaciones funcionales y causales	203
5.2.1. Condiciones y tipos de las relaciones causales	205
5.2.2. Límites de las relaciones causales	206
5.3. Modelos de formulación clínica del caso	212
5.3.1. Modelos específicos	213
5.3.2. Modelos generales para la formulación clínica	216
5.3.3. Modelos instrumentales para la formulación clínica	233
5.4. Modelo integrador para la formulación clínica	240
5.4.1. Definición de formulación clínica del caso	240
5.4.2. Integrar la información descriptiva: análisis de los problemas	242
5.4.3. Integrar la información diagnóstica	246
5.4.4. Integrar toda la información: formulación clínica del caso	249
5.5. La acumulación de evidencias y el contraste de las hipótesis	254
5.5.1. Contraste experimental y cuasiexperimental	256
5.5.2. Contraste correlacional	257
5.6. Caso clínico	261
6. Devolución de información y apuntes para el diseño del tratamiento	268
6.1. Después de la formulación de caso	268
6.2. Devolución de información al paciente	269
6.2.1. Devolución oral de la información: la entrevista de devolución de información	271
6.2.2. Devolución escrita de la información: la elaboración de informes psicológicos clínicos	275
6.3. Formulación de caso vs. diagnóstico: implicaciones para el diseño de la intervención	276

6.4. Apuntes para la planificación del tratamiento	281
6.4.1. Objetivos de la intervención	282
6.4.2. Elección de variables sobre las que intervenir	284
6.4.3. Selección de las técnicas	289
6.4.4. Temporización del tratamiento	295
6.5. Caso clínico	296
7. Evaluación de seguimiento y resultados	300
7.1. Evaluación de seguimiento: la medida del cambio	300
7.2. Evaluación individualizada durante el tratamiento: características, funciones y estrategias	302
7.2.1. Indicadores del cambio	305
7.2.2. Técnicas de evaluación	306
7.2.3. Implicaciones de la evaluación: reformulación del caso	311
7.2.4. Evaluación de seguimiento	313
7.3. Evaluación de la efectividad de los tratamientos	313
7.3.1. Dominios de evaluación	317
7.3.2. Informantes	321
7.3.3. Instrumentos de medida	323
7.3.4. Temporización de la medida	325
7.4. Caso clínico	327