

# EL PROCESO DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

**Arturo Bados López**  
**Eugeni García Grau**

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos**  
**Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona**

**28 de octubre de 2009**

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN.....   | 2  |
| CONTACTO INICIAL Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.....   | 2  |
| Motivo de consulta y otros problemas .....  | 4  |
| Análisis del problema en la actualidad.....   | 5  |
| Historia del problema .....   | 16 |
| Tratamientos previos y actuales del problema evaluado.....                                    | 16 |
| Motivación, objetivos y expectativas .....  | 17 |
| Recursos y limitaciones.....  | 18 |
| Trastornos psicológicos asociados y trastornos anteriores.....                                | 18 |
| Áreas básicas de la vida .....  | 19 |
| FORMULACIÓN Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS EXPLICATIVAS .....                                       | 21 |
| Contraste de hipótesis.....   | 24 |
| Compartir y acordar la conceptualización con el cliente.....                                  | 26 |
| ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS .....  | 27 |
| DISEÑO DEL TRATAMIENTO.....   | 30 |
| APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN DURANTE EL MISMO.....                                 | 32 |
| LA EVALUACIÓN TRAS EL TRATAMIENTO Y LA TERMINACIÓN DEL MISMO .....                            | 36 |
| Análisis cuantitativo de los resultados .....   | 37 |
| Valoración clínico-social de los resultados .....   | 37 |
| Criterios estandarizados de significación clínico-social .....                                | 39 |
| Criterios prefijados de significación clínico-social: Nivel de mejora .....                   | 44 |
| Criterios prefijados de significación clínico-social: Estado final de funcionamiento.....     | 45 |
| Contraste <i>a posteriori</i> de la hipótesis explicativa y finalización del tratamiento..... | 46 |
| SEGUIMIENTO.....  | 47 |
| TABLAS .....  | 48 |
| REFERENCIAS.....  | 53 |
| APÉNDICE: INTERPRETACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS .....   | 55 |

## INTRODUCCIÓN

En el proceso de evaluación y tratamiento de los problemas presentados por una persona se han distinguido más o menos fases según los autores, aunque los pasos fundamentales a seguir son similares en todos los casos (Fernández-Ballesteros, 1994; Fernández-Ballesteros y Carroble, 1981; Godoy, 1991; Graña, 2005; Muñoz, 1993, 2002, 2008). Nosotros distinguiremos las siguientes **siete fases** en el proceso de intervención:

- 1) Contacto inicial y análisis del problema.
- 2) Formulación y contraste de hipótesis explicativas.
- 3) Establecimiento de objetivos.
- 4) Diseño del tratamiento.
- 5) Aplicación del tratamiento y evaluación durante el mismo.
- 6) Evaluación tras el tratamiento y terminación del mismo.
- 7) Seguimiento.

**Esta diferenciación entre fases tiene simplemente un objetivo didáctico.** Ya con el primer contacto con el cliente surgen las primeras hipótesis y ciertas actuaciones del terapeuta producen cambios en el comportamiento del paciente. La formulación y análisis del problema puede proseguir o resurgir durante la intervención debido a la aparición de nuevos datos o a la consideración de nuevos problemas, las hipótesis iniciales pueden cambiar en función de la nueva información disponible, un cliente puede ser derivado no sólo al comienzo de la terapia, etc.

No es necesario decir que la realización adecuada del proceso de evaluación requiere un conocimiento lo más extenso posible acerca de las funciones psicológicas, la covariación entre respuestas, los fundamentos fisiológicos y neurológicos del comportamiento, las bases sociales del mismo, la psicología del aprendizaje, la psicopatología, los métodos e instrumentos de evaluación, etc. Igualmente, las habilidades personales del psicólogo y su experiencia profesional contribuirán al mayor o menor éxito de la empresa.<sup>1</sup>

## CONTACTO INICIAL Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Los **objetivos** de esta fase son explicar la confidencialidad de la información y sus límites; establecer una buena relación con el paciente; identificar, explorar y especificar los problemas de este; determinar cuáles son aquellas variables relacionadas con el surgimiento, desarrollo y mantenimiento de los mismos; y derivar al paciente en caso de no poder satisfacer adecuadamente sus demandas.

Generalmente, cuando un cliente quiere solicitar asistencia en un centro clínico, **suele llamar por teléfono**. En ese momento **se le piden** los datos personales básicos (nombre, edad, dirección, teléfono, profesión) y se le solicita información sobre el motivo de su consulta y aquellos datos más relevantes relativos al problema. **Recoger esta información permite:**

- a) Hacer una **selección inicial** de clientes y derivar a aquellos que, por su gravedad o tipo de problema, no se esté en condiciones de tratar.
- b) Valorar la **urgencia** con la que el cliente debe ser atendido. Si un cliente no pudiera ser recibido con la rapidez que su caso requiere, debería ser derivado a otro profesional. Por otra parte, si el problema no es urgente pero existe lista de espera, el cliente debe ser informado de ello para que decida si quiere esperar o prefiere acudir a otro centro. En este

último caso pueden proporcionársele los teléfonos de otras instituciones o gabinetes.

- c) Preparar antes de la primera entrevista el **material de evaluación** que, en principio, se considere que es probable emplear (guía de entrevista, cuestionarios, escalas y/o autorregistros). De todos modos, conviene tener en cuenta que, con relativa frecuencia, el motivo de consulta expresado por el cliente al solicitar visita no coincide con el informado durante la sesión. En estos casos, será necesario decidir durante la sesión el material a utilizar.

Una vez que el cliente acude, tras saludarle, presentarse y comprobar que está en condiciones de realizar una entrevista, **se obtienen** (caso de que no se posean) o se confirman **los datos personales y demográficos básicos** [nombre y apellidos, fecha de nacimiento, dirección y teléfono, nivel de estudios, ocupación actual y situación laboral, nivel económico, estado civil, número, edad y sexo de los hijos, con quién se vive, familia de origen (genograma)] y quién le ha enviado o dado referencias para venir. A partir de la información proporcionada por el paciente, puede iniciarse una conversación social breve para **romper el hielo**. Esto también ha podido hacer antes empleando tópicos como el tiempo, alguna información dada telefónicamente por el cliente (p.ej., hijos, enfermedad de un familiar, un viaje), algo destacable que ha ocurrido en el día, alguna cosa que se infiere de algo que el cliente lleva encima (p.ej., una insignia deportiva), etc.

Lo siguiente es explicar en general el **proceso de entrevista** que se seguirá, informar del **tiempo disponible** para la misma y decir al cliente que la información que se le pida será **confidencial** salvo aquellos casos en que el cliente amenaza con infringir un daño grave a otras personas o a sí mismo o informa que lo está haciendo (p.ej., maltrato o abuso sexual de menores o de personas que no pueden dar su consentimiento, intento de homicidio o suicidio). Se le explica también que, al igual que en los demás casos, la información obtenida puede ser compartida con otros profesionales del centro. Si se desea que la entrevista sea observada, directa o indirectamente, por estudiantes en prácticas, deberá pedirse el consentimiento previo del paciente. A continuación, se le avisa que se tomarán **notas** durante la entrevista y se le da una razón para ello. Asimismo, y si es el caso, se le solicita **permiso para grabar** la entrevista y se justifica la conveniencia de la grabación.

Es fundamental establecer una actitud empática y cordial hacia el cliente. Dedicarse sólo a obtener información puede llevar a ver al terapeuta como insensible, lo cual tendrá efectos perjudiciales en la relación terapéutica y en la colaboración del paciente. La **empatía** implica saber escuchar, mostrar interés verbal y no verbalmente en comprender los puntos de vista del cliente y verificar con este el grado en que se han comprendido sus puntos de vista; este saber ver las cosas como las ve el otro debe hacerse sin implicarse emocionalmente y manteniendo la mayor objetividad posible. La **cordialidad** implica expresar verbal y no verbalmente interés por el cliente y aprecio y aceptación, así como ánimo y aprobación cuando sea oportuno. Por otra parte, es labor del terapeuta conseguir que los pacientes se sientan lo suficientemente seguros y **confiados** como para poder expresar sus dudas, preguntas, reservas y temores. No hacerles caso, cortarles o criticarles conduce a una relación de poca confianza que favorece el retraimiento, el engaño e incluso el abandono.

Algunos psicólogos intentan recoger durante esta fase la mayor cantidad de información posible bajo el supuesto de que así se logrará una mejor comprensión del problema. Sin embargo, esto, aparte del coste que supone, puede llevar a una acumulación desorganizada de datos y a juicios engañosos. **La calidad de la evaluación debe primar sobre la cantidad.**

**Los aspectos que se indagan son los siguientes:** motivo de consulta y otros posibles problemas; análisis del problema en la actualidad; historia del problema; tratamientos previos y actuales; motivación, objetivos y expectativas; recursos y limitaciones del cliente; trastornos psicológicos asociados y trastornos anteriores; y ciertas áreas básicas de la vida del cliente.

Para obtener esta información, **se empieza empleando** la entrevista (con la observación correspondiente durante la misma), la cual puede ser complementada por cuestionarios generales (cuestionario autobiográfico, listado de problemas, Outcome Questionnaire-45, Symptom Checklist-90-R) y datos de archivo. Luego, para ampliar, precisar y contrastar la información obtenida, se aplican **otros métodos de evaluación** entre los que se encuentran los cuestionarios específicos, la entrevista a otras personas, el autorregistro, la observación (en situaciones simuladas, artificiales o naturales), los registros psicofisiológicos (poco empleados en clínica) y los exámenes médicos. **Cuando se entrevista a personas allegadas**, es necesario pedir permiso al cliente y preguntarle a este qué parte de la información que ha dado se puede comunicar en caso necesario y cuál no; esta misma pregunta debe hacerse a la persona allegada.

## MOTIVO DE CONSULTA Y OTROS PROBLEMAS

Se pide al cliente que **explique con detalle** qué es lo que le pasa. Conviene **no interrumpirle** hasta que termine su narración, pero deben mostrarse las oportunas señales verbales y no verbales de **escucha** y, caso de que se muestre muy preocupado por algo, darle información tranquilizadora en la medida de lo posible. Hay que tener en cuenta que las preguntas o clarificaciones prematuras pueden sesgar la información proporcionada por el cliente en la dirección de las percepciones del terapeuta y pueden también inhibir la comunicación de determinada información. **Si un cliente fuera muy escueto** en su exposición, debe animársele a ofrecer una narración más extensa.

Una vez que el cliente ha contado lo que le pasa, **se hace un breve resumen** que implique que se comprende lo que ha explicado y cómo se siente. De este modo, se consiguen varios objetivos: dar una estructura a la información recogida, comunicar al cliente que se le comprende y permitirle corregir las percepciones erróneas del terapeuta.

Luego, **en lugar de pasar a centrarse ya de entrada en el problema presentado por el cliente** (esto puede hacer que no se detecten otros problemas igual o más importantes), se le **pregunta si, aparte del problema expuesto, tiene otros posibles problemas**. Si el cliente reconoce algún problema adicional, hay que seguir preguntando en general por la posible existencia de otros posibles problemas hasta que la respuesta sea negativa. Conviene tener en cuenta, de todos modos, que un cliente puede no reconocer o admitir otros problemas en esta primera sesión, pero hacerlo más adelante cuando tenga más confianza con el terapeuta.

**Si el cliente informa de otros problemas, se le pide que hable sobre los mismos** para hacerse una idea al respecto; el terapeuta solicitará más información cuanto más importante le parezca el problema. Una vez identificados distintos problemas, se proporciona al cliente un breve resumen y se le pide que **los ordene** según el grado en que suponen una perturbación o interferencia en su vida. A continuación, **se decide cuál de los problemas identificados se abordará en primer lugar** y en qué orden irán los siguientes. El criterio general a seguir es la mayor o menor gravedad de los problemas. Sin embargo, si el problema de mayor gravedad no es el que más preocupa al cliente, puede comenzarse por el problema que más le inquieta para que no se sienta incomprendido. Luego, tras una exploración más o menos extensa, ha de volverse al problema más grave.

Conviene tener en cuenta que **no todos los problemas han de evaluarse con la misma profundidad**; esta dependerá de la importancia de los mismos y de la disposición del cliente para tratarlos. Por otra parte, si el cliente desea abordar algún problema en una fase posterior, la evaluación en profundidad puede reservarse para dicho momento.

Acordado el problema que se abordará en primer lugar, se **explica la necesidad de obtener**

**una información más detallada** antes de poder decidir el tratamiento más adecuado y, de ahí, el hecho de que se vayan a realizar preguntas sobre el problema presentado y los elementos relacionados con él, la historia del problema, los tratamientos previos y actuales intentados y los objetivos que se quieren conseguir.

Finalmente, se **indica al cliente que puede hacer las preguntas y solicitar las aclaraciones que desee** tanto durante la entrevista como al final de esta.

**Métodos de evaluación empleados:** entrevista con el cliente y con otras personas, cuestionarios generales (cuestionario autobiográfico, listado de problemas, Outcome Questionnaire-45, Symptom Checklist-90-R), observación durante la entrevista, datos de archivo.

## ANÁLISIS DEL PROBLEMA EN LA ACTUALIDAD

Los factores que tiene en cuenta el psicólogo clínico al evaluar el problema de un cliente son de tipo **personal** (conductas motoras, actividades cognitivas, respuestas autónomas y reacciones emocionales) y **ambiental** (físicos y sociales). También son importantes en muchos casos las **exploraciones médicas** realizadas por un profesional de la medicina y dirigidas a detectar la posible existencia de enfermedades y variables biológicas relacionadas con los problemas del cliente.

### Variables personales

Dentro de las variables personales se distinguen las conductas motoras, las actividades cognitivas, las respuestas autónomas y las reacciones emocionales.

- Las **conductas motoras** son el producto de la acción del sistema musculoesquelético e incluyen lo que el cliente hace o dice y el nivel del tono muscular. Ejemplos: compulsiones, tartamudeo, expresión de opiniones, petición de cambios, contacto visual, tono de voz, respiración, tensión muscular elevada. Ha sido usual incluir a estas dos últimas entre las respuestas fisiológicas cuando se distinguen únicamente tres sistemas de respuesta (motor, cognitivo, fisiológico). Sin embargo, esta última clasificación tiene el inconveniente de que las categorías no son excluyentes: ¿Acaso lo motor y lo cognitivo no son fisiológicos?
- Las **cogniciones** son acontecimientos internos, conscientes o no, que implican un procesamiento de la información a nivel del sistema nervioso central. Se incluyen:
  - **Esquemas**, es decir el modo en que la información es internamente organizada y representada en la memoria. En el área clínica se habla de supuestos y creencias más o menos generales y estables acerca de sí mismo, los otros, el mundo y el futuro que determinan la forma de ver las cosas; por ejemplo, “soy un fracasado”, “si cometo un error, significa que soy un inepto”.
  - **Procesos cognitivos**. Se incluyen la percepción, atención, memoria (retención, recuperación), razonamiento e interpretación. Los supuestos y creencias que tiene una persona facilitan la ocurrencia de ciertos sesgos y errores en el procesamiento de la información tales como atención selectiva (atender sólo a los fallos que uno comete), memoria selectiva (recordar sólo las cosas negativas), sobregeneralización (interpretar un *no* a una cita como evidencia de que no se tendrá éxito en citas posteriores) o pensamiento dicotómico (p.ej., pensar que la gente es buena o mala).
  - **Pensamientos concretos** que aparecen en situaciones específicas en forma de autoverbalizaciones o imágenes; por ejemplo, “*voy a tener un ataque cardíaco*”, “*no merece la pena vivir*”. Estos pensamientos son el resultado de la interacción de la información perci-

vida, los procesos cognitivos y los esquemas.

- Las **respuestas autónomas** son el producto de la acción del sistema nervioso simpático y parasimpático y del sistema hormonal. Ejemplos: taquicardia, presión sanguínea elevada, sudoración, sonrojamiento, boca seca, actividad electrodermal, temperatura corporal, náuseas, mareos.
- Las **reacciones emocionales** se refieren a los sentimientos subjetivos del cliente. Ejemplos: ansiedad, miedo, tristeza, enfado, rabia, alegría, placer, desasosiego.

Es habitual utilizar **el término comportamiento** en un sentido amplio de forma que incluya las conductas motoras, las actividades cognitivas, las respuestas autónomas y las reacciones emocionales.

**Variables ambientales**

Las variables ambientales pueden ser físicas y sociales.

| FÍSICAS   | SOCIALES   |
|---|--|
| - Las características de una carretera (p.ej., curvas, amplitud) pueden incidir en la ansiedad que experimenta una persona con miedo a conducir.        | - La asunción por parte de otros de las responsabilidades que por su miedo evita un agorafóbico contribuye a mantener el miedo y la evitación. |
| - El ruido ambiental elevado puede facilitar que una persona se sienta irritada.  | - Un comentario hostil puede facilitar una reacción agresiva.  |
| - La estructura y disposición de una sala afecta al nivel de ansiedad de una persona con miedo a hablar en público.                                     | - El modo en que los padres dan las instrucciones a un niño puede incidir en la conducta de desobediencia.                                     |
| - Las características de los pasillos del metro (luminosidad, amplitud, etc.) pueden incidir en la ansiedad que experimenta una persona con agorafobia. | - La pasividad de la mujer ante el maltrato de los hijos por parte del marido favorece la continuidad del maltrato.                            |

Los **objetivos** a la hora de analizar el problema actual de un cliente son:

- a) **Identificar y especificar los distintos componentes del problema.** Por ejemplo, las sensaciones ansiógenas, los ataques de pánico, las interpretaciones de peligro, las conductas defensivas (p.ej., distraerse) y la evitación de las situaciones temidas en el caso de la agorafobia.
- b) **Establecer las relaciones entre los diferentes componentes del problema.** Así, cuando un agorafóbico experimenta ciertas sensaciones corporales en una situación determinada, es más probable que las interprete como signo de peligro (p.ej., desmayo, infarto, apoplejía), lo cual facilita que adopte ciertas conductas defensivas (p.ej., toma de medicación, escape) y que evite afrontar la situación en ocasiones posteriores. A su vez, esta evitación ayuda a mantener la ansiedad y las interpretaciones de peligro.
- c) **Identificar y especificar otras variables ambientales o personales que contribuyen actualmente al mantenimiento del problema.** Por ejemplo, en el caso de la agorafobia,

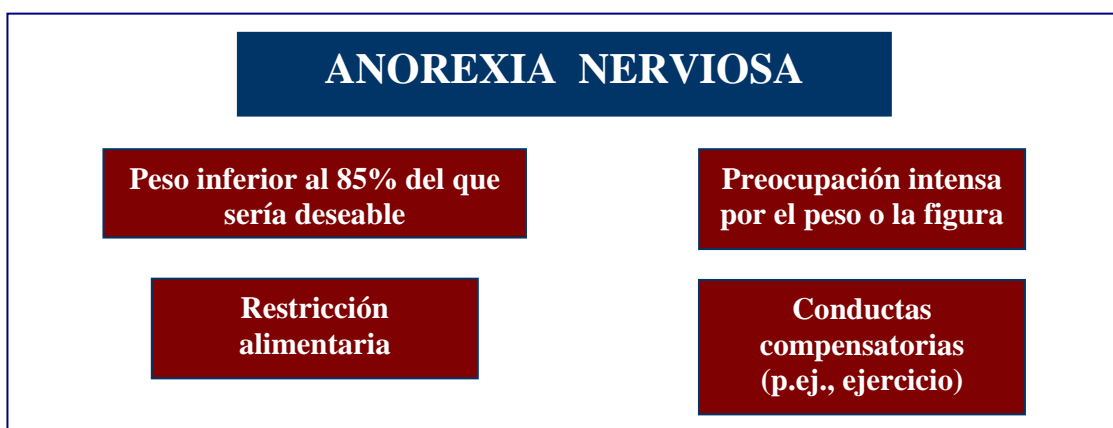
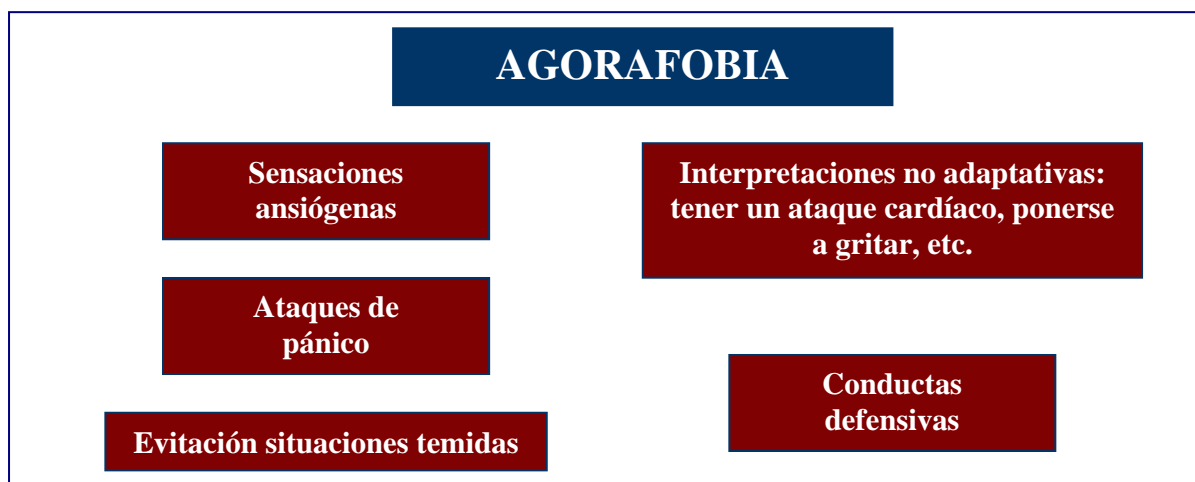
pueden influir otros factores tales como situaciones de conflicto interpersonal, problemas laborales, reacciones de la familia, baja laboral, nivel general de activación y preocupación general por la salud.

- d) **Establecer las posibles relaciones entre las variables que contribuyen a mantener el problema así como entre estas y los componentes del problema.** Las situaciones de conflicto interpersonal y los problemas laborales pueden aumentar el nivel general de activación y las sensaciones ansiógenas, las cuales pueden facilitar un ataque de pánico. Por otra parte, las reacciones sobreprotectoras de la familia y la baja laboral pueden contribuir a mantener las conductas de evitación agorafóbicas.

### Objetivo 1: Identificar y especificar los distintos componentes del problema.

Hay problemas como la enuresis, el insomnio, la disfunción eréctil o la anorgasmia que pueden definirse en términos de una **conducta aislada**: orinarse en la cama, no poder conciliar el sueño, no conseguir o mantener una erección o no lograr un orgasmo.

Otros problemas se definen como un **síndrome** o conjunto de conductas interrelacionadas y para ello es frecuente tomar como referencia orientativa los criterios diagnósticos del DSM-IV o la CIE-10. Hay que considerar no sólo las conductas problemáticas por exceso (p.ej., insultar o pegar a otros), sino también aquellas por defecto (p.ej., ser poco asertivo, no saber entender el punto de vista del otro). A continuación, se presentan dos ejemplos de problemas definidos como un conjunto de conductas.



En definitiva, se trata de establecer **lo que el cliente hace, piensa y siente**, y determinar la importancia de cada uno de estos aspectos en el problema o problemas que presenta. Por ejemplo, los esquemas cognitivos son fundamentales a la hora de definir los trastornos de personalidad, a diferencia de lo que ocurre en los trastornos por tics.

Cuando hay **varias personas implicadas** (pareja, familia), es probable que lo que se presenta como problema de una sea en realidad un problema de varias. En este caso se requiere un acuerdo al respecto antes de proseguir con el proceso de evaluación.

Puede descubrirse también que un cliente presenta ciertos **problemas que no ha mencionado**. Por ejemplo, un paciente puede indicar que bebe en exceso, que tiene conflictos maritales y que se encuentra insatisfecho en el trabajo, pero el terapeuta comprueba además que tanto su conducta en la entrevista como los informes que el cliente da sobre sus interacciones en el trabajo y con su mujer indican un claro déficit de conducta asertiva. Estos nuevos problemas deben ser discutidos con el cliente.

En algunos casos, no muy frecuentes, un cliente puede **consultar por un problema que realmente no lo es**. Así, una persona mayor puede quejarse de problemas de sueño porque duerme sólo 5 horas en vez de las 8 que cree que debe dormir, aunque su sueño sea lo suficientemente reparador. O bien unos padres pueden consultar por la excesiva hiperactividad de su hijo de 4 años, la cual está, sin embargo, dentro de la norma. En estas situaciones el psicólogo intentará que los clientes dejen de percibir la situación como problemática y la acepten.

## **Objetivo 2: Establecer las relaciones entre los diferentes componentes del problema.**

Además de identificar los elementos clave del problema del cliente es necesario determinar las relaciones que existen entre ellos. Unos pueden ser antecedentes o consecuencias de otros (véase más abajo).

Por ejemplo, cuando una persona con trastorno obsesivo-compulsivo cierra la llave del gas, tiene pensamientos obsesivos (“¿Seguro que lo he cerrado bien? Podría haber una explosión si no lo compruebo”) que le causan ansiedad y le conducen a realizar comprobaciones compulsivas. Estas producen un alivio temporal, pero contribuyen a mantener la ansiedad y los pensamientos obsesivos.





**Objetivo 3: Identificar y especificar otras variables ambientales o personales que contribuyen actualmente al mantenimiento del problema.**

Las variables que inciden sobre un componente determinado del problema –ya sea motor, cognitivo, autónomo o emocional– pueden ser antecedentes o consecuencias del mismo o bien características estables de la persona.

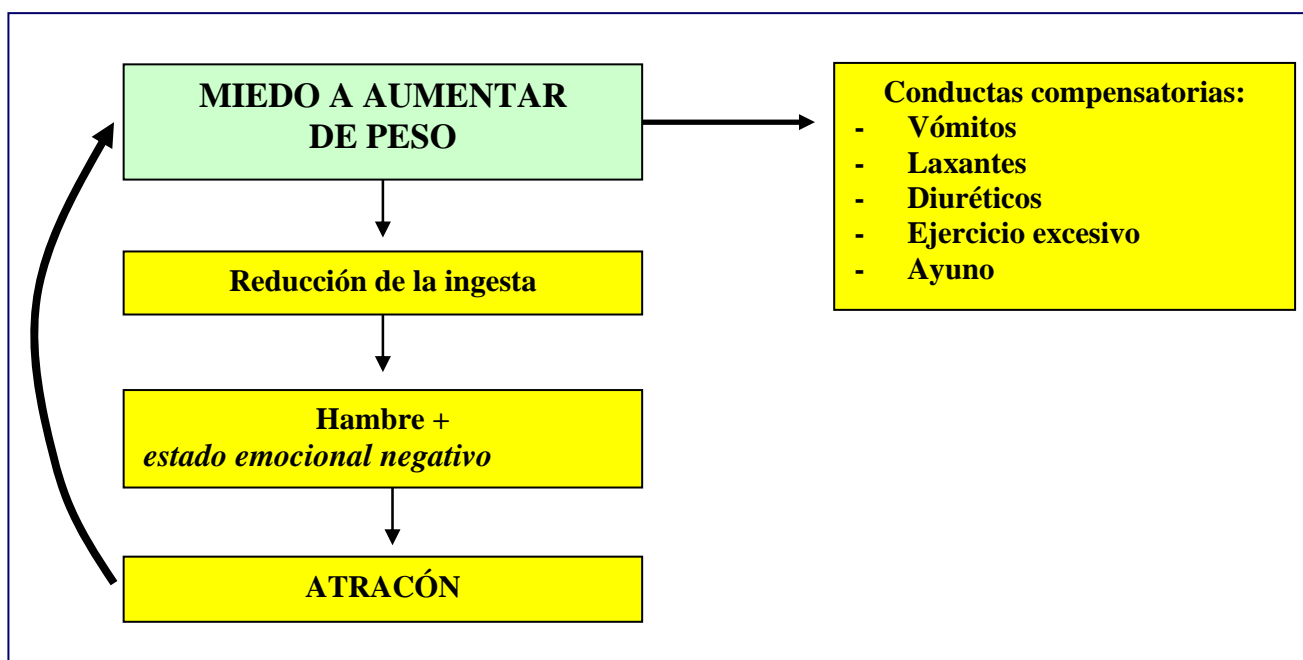
- **Los antecedentes son** aquellas variables ambientales y personales que preceden de una forma no muy lejana a la conducta de interés y que están funcionalmente relacionadas con esta. Es decir, la ocurrencia de los antecedentes influye en la frecuencia, duración y/o intensidad de la conducta considerada. Por otra parte, lo habitual es que una conducta tenga varios antecedentes y que no todos tengan la misma importancia.
- **Las consecuencias son** aquellas variables ambientales (proviene del ambiente) y personales (proviene de la persona) que siguen a una conducta y están funcionalmente relacionadas con esta. Es decir, son resultado de la misma e influyen en su mantenimiento o en la variación de su frecuencia, duración y/o intensidad.<sup>1</sup> Lo normal es que una conducta tenga varias consecuencias y que no todas tengan la misma importancia; así, una consecuencia (p.ej., obtener la aprobación de los compañeros por burlarse de alguien) puede contrarrestar la influencia de otra consecuencia (p.ej., ser castigado por el profesor).

<sup>1</sup> **Se ha distinguido entre consecuencias y repercusiones.** Estas últimas son también el resultado de una conducta, pero no afectan a su ocurrencia.

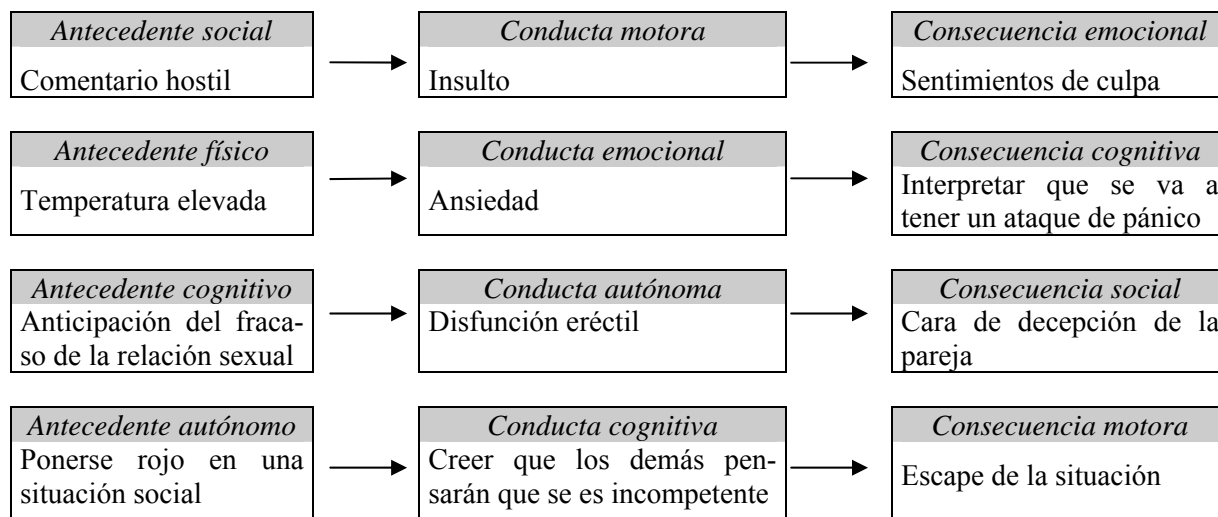
Si consideramos los atracones de una persona bulímica como la conducta problemática, algunos antecedentes y consecuencias de los mismos aparecen en la tabla siguiente:

| ANTECEDENTES   | CONSECUENCIAS   |
|--|---|
| Discusión con una persona allegada.<br>Problemas en el trabajo.<br>Restricción alimentaria.<br>Malestar emocional. | Alivio temporal del malestar emocional.<br>Sensación de hinchazón abdominal.<br>Miedo a aumentar de peso.<br>Sentimientos de culpa. |

El hecho de que una variable se considere antecedente o consecuencia depende del punto de la secuencia que se tome como referencia. Por ejemplo, el miedo a aumentar de peso es tanto una consecuencia del atracón como un antecedente de algún tipo de conducta compensatoria (vómito, laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo, ayuno).



Las variables antecedentes y consecuentes pueden ser de **tipo ambiental** (físicas o sociales) o **personal** (conductas motoras, cogniciones, reacciones autónomas, respuestas emocionales).



Los **antecedentes** pueden ser **próximos o distantes**. Un antecedente próximo para el ataque de pánico puede ser la expectativa de tenerlo y un antecedente distante, una discusión que tuvo lugar hace unas horas o unos días. **No hay que confundir los antecedentes distantes con las variables históricas**. La sobreprotección por parte de los padres en la infancia puede ser un factor predisponente para los trastornos de ansiedad, pero no es un antecedente actual de la respuesta de ansiedad.

Dentro de los antecedentes se ha distinguido también entre las **variables contextuales** y los **estímulos antecedentes**. Estos últimos implican un cambio más o menos próximo en el ambiente externo o interno, mientras que las variables contextuales hacen referencia a los contextos relativamente estables en los que se producen los estímulos antecedentes y que afectan a la relación funcional que estos mantienen con la conducta. Así, la conducta opositora de un niño puede depender de la forma en que dan las órdenes sus padres (estímulo antecedente) y del contexto específico (presencia o no de los hermanos) y general (falta de afecto familiar) en que se producen dichas órdenes.

Las **consecuencias** pueden ser **inmediatas o demoradas**. Por ejemplo, un niño que ha dicho una mentira grave puede recibir un castigo con mayor o menor dilación según cuando se descubra la mentira. Tomar alcohol puede producir placer, aliviar la ansiedad y facilitar la comunicación, pero a largo plazo puede generar consecuencias muy diferentes: dependencia, tolerancia, cirrosis, conducta agresiva.

Además de las variables antecedentes y consecuentes, hay que tener en cuenta las **características psicológicas y biológicas estables de la persona**. Entre estas variables se encuentran las siguientes:

- Problemas orgánicos crónicos, consumo habitual/abuso/dependencia de drogas y fármacos.
- Nivel general de activación, déficits intelectuales, habilidades sociales, sentido del humor, capacidad de analizar los propios problemas, estrategias de afrontamiento, valores, normas y creencias.

Posibles ejemplos de creencias son: “necesito una pareja para ser feliz”, “si algo no es perfecto, no es bueno”, “si alguien se muestra en desacuerdo conmigo, significa que no le gusto”, “si intimo demasiado con alguien, me controlará”.<sup>2</sup>

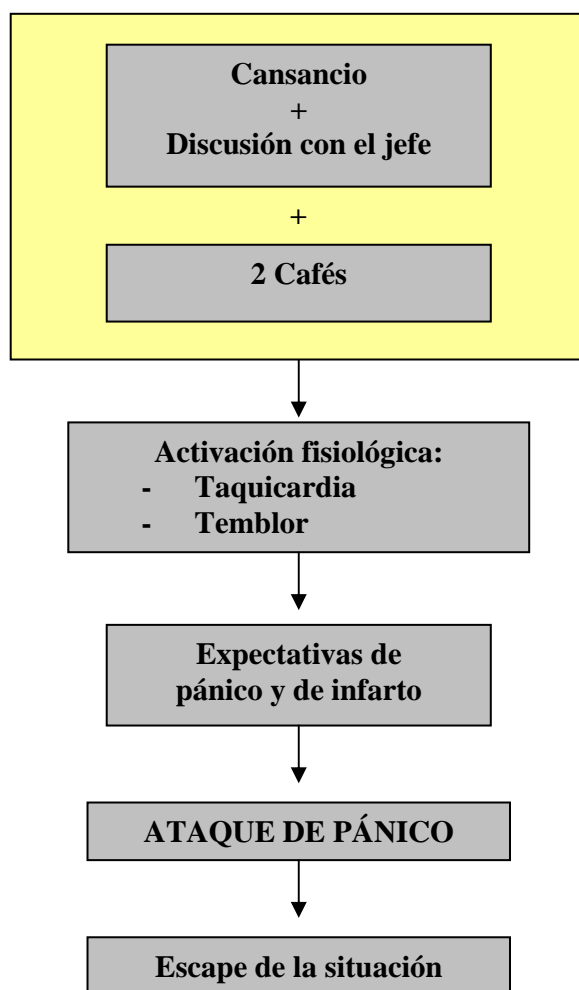
Tanto las variables antecedentes y consecuentes como las características personales estables pueden **contribuir a agravar o atenuar un problema**. Por ejemplo, el impacto de las situaciones estresantes se ve potenciado o atenuado según el grado en que se disponga de habilidades de resolución de problemas y de manejo de emociones. Asimismo, la conducta desobediente de un niño puede ser poco frecuente cuando está con su padre –el cual da órdenes de forma amable y coherente y refuerza su cumplimiento– y muy frecuente en presencia de su madre –la cual le amenaza con castigos que no cumple.

**Objetivo 4: Establecer las posibles relaciones entre las variables que contribuyen a mantener el problema así como entre estas y los componentes del problema.**

Después de identificar las variables que contribuyen actualmente a mantener el problema, es necesario establecer las relaciones que existen entre dichas variables, así como las que estas tienen con los diversos componentes clave del problema. La entrevista permite empezar a explorar de

forma tentativa la relación cualitativa que existe entre las conductas problemáticas y las variables que influyen en las mismas. Para ello, debe establecerse la **secuencia temporal hipotética** entre ellas.

Por ejemplo, varios antecedentes distantes (cansancio, discusión con el jefe) facilitan junto con otro factor posterior (toma de dos cafés) la aparición de una activación fisiológica (taquicardia, temblor) que suscita expectativas de pánico y de infarto, las cuales terminan por inducir un ataque de pánico (posible conducta problemática), el cual puede ir seguido del escape de la situación (p.ej., dar una excusa en el trabajo para volver a casa).



En síntesis, lo importante a la hora de **analizar un problema** es especificar sus **componentes** y las **variables que influyen** actualmente en el mismo, así como establecer las **relaciones que existen entre todos ellos**. Conviene tener en cuenta que las relaciones pueden ser unidireccionales o recíprocas.

Gráfico de **relación unidireccional**

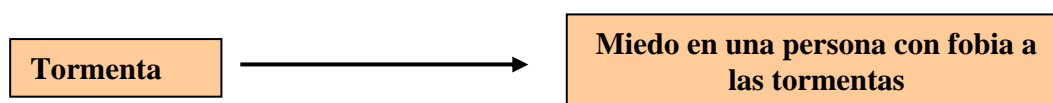
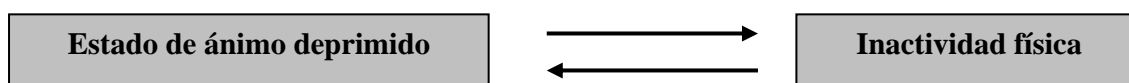


Gráfico de **relación recíproca**



La **exploración de la relación entre variables influyentes y conductas** problemáticas puede hacerse a un nivel cualitativo y cuantitativo. A **nivel cualitativo** basta con identificar las distintas variables y conductas e ir estableciendo la secuencia temporal hipotética entre ellas. Un ejemplo es el que se acaba de presentar en el gráfico anterior sobre el ataque de pánico. Es conveniente ir organizando toda la información en un **diagrama de flujo** que incluya los distintos acontecimientos y conductas y su ordenación temporal a través de flechas; de este modo se facilita la formulación de hipótesis.

A **nivel cuantitativo** se busca establecer para cada par de acontecimientos (p.ej., un antecedente y una conducta) si existe **contingencia** entre ellos. Para ello hay que establecer, por ejemplo a través de autorregistros u observación, la probabilidad de que se dé la conducta (dolor de cabeza, p.ej.) dado que ocurra el antecedente (discusión marital, p.ej.) y la probabilidad de la conducta dado que no se dé el antecedente.<sup>3</sup> Si estos dos porcentajes o probabilidades son diferentes, hay contingencia; es decir, la ocurrencia de la conducta depende de la ocurrencia del antecedente.<sup>4</sup> Para obtener mayor información puede consultarse Muñoz (1993). De todos modos, es muy infrecuente en la práctica clínica cotidiana realizar análisis cuantitativos precisos de la relación entre acontecimientos. Sin embargo, puede ser útil a la hora de contrastar hipótesis que se consideran importantes, pero que están poco claras.

### **Pautas generales que conviene considerar al realizar el análisis del problema actual**

Se comentarán tres tipos de pautas: a) **Concretar** los términos generales o ambiguos que utiliza el cliente. b) Hacer una primera **cuantificación** de las variables relevantes. c) Emplear estrategias adecuadas para **identificar** antecedentes, consecuencias y variables personales estables.

#### **a) Concretar los términos generales o ambiguos que utiliza el cliente.**

Es frecuente que los clientes describan sus problemas de forma global e imprecisa. Por lo tanto, hay que pedirles que pongan **ejemplos** de sus problemas, que los descompongan en **conductas concretas** y que especifiquen claramente lo que quieren decir cuando emplean términos generales o ambiguos (p.ej., ansiedad, depresión, dependiente, pasivo, me siento mal, etc.). Así, posibles referentes conductuales de estar deprimido pueden ser salir poco de casa, llorar mucho, tener insomnio, pensar en morirse, cansarse enseguida, no sentir ilusión por cosas que antes gustaban, etc.

Una buena táctica para ayudar a concretar y obtener datos más fiables es preguntar al cliente por la **última vez que tuvo el problema** que se está explorando, se encontró mal, ocurrió un incidente, etc. Luego, es necesario ver hasta qué punto lo sucedido esa vez es representativo de lo ocurrido otras veces y, si no lo es, analizar las diferencias.

#### **b) Hacer una primera cuantificación de las variables relevantes.**

Es recomendable establecer una primera **cuantificación** orientativa de las conductas problemáticas y de las variables relevantes más importantes. La **cuantificación de las conductas sólo podrá hacerse de modo aproximado por medio de la entrevista**, excepción hecha de las calificaciones. Una mayor precisión requiere el empleo de otros métodos tales como los cuestionarios, la observación, el autorregistro, y los registros psicofisiológicos. Entre los parámetros que se obtienen con más frecuencia se encuentran los siguientes:

- **Frecuencia:** número de veces por día, semana, mes.
- **Duración:** tiempo que dura una conducta.

- **Intensidad:** Salvo que se empleen registros automatizados (p.ej., en la medición de respuestas autónomas), suelen utilizarse escalas subjetivas tales como las unidades subjetivas de ansiedad (USAs) de 0 a 100.
- **Latencia:** tiempo que tarda en aparecer una conducta o estado (p.ej., sueño, respuesta verbal) desde que se produce la situación estimular correspondiente.
- **Proporción de veces** que aparece la conducta de interés. Así, puede calcularse el porcentaje de órdenes que un niño cumple, el porcentaje de veces que una persona con fobia social se atreve a hacer una reclamación o el porcentaje de intervalos de observación en que una persona rechina los dientes.
- **Calificaciones** en escalas de tipo Likert sobre el grado de ocurrencia, duración, intensidad, adecuación de diversos aspectos o conductas de interés, o medida en que estos son característicos de uno mismo. Los posibles aspectos o conductas a valorar pueden ser más o menos específicos: ansiedad, agresividad, habilidad social, mirada, entonación, hacer una reclamación, llorar, comprobar cosas, etc.

Así, en el caso de un cliente que presenta **obsesiones de suciedad y compulsiones de lavado**, podrían obtenerse durante la entrevista datos cuantitativos aproximados como los siguientes:

- Duración del pensamiento obsesivo cada vez que ocurre.
- Tiempo total diario que duran las obsesiones (o frecuencia de las mismas, si son muy breves).
- Nivel de malestar, ansiedad o disgusto producido por las obsesiones.
- Grado en que se esfuerza el cliente en detener las obsesiones.
- Grado en que pueden controlarse las obsesiones.
- Duración de cada compulsión.
- Tiempo total diario que duran las compulsiones (o frecuencia de las mismas, si son muy breves).
- Nivel de malestar caso de no poder realizar la compulsión.
- Grado en que el cliente se resiste a la realización de la compulsión.
- Grado en que se consigue controlar la compulsión.
- Grado en que se evitan diversas actividades debido a la obsesión de suciedad.

El nivel o el grado se evaluarían mediante escalas tipo Likert. Estas escalas pueden variar en el intervalo de puntuación que utilizan (1 a 4, 1 a 5, 0 a 8, 0 a 100, etc.). Por ejemplo, el nivel de malestar podría calificarse según la siguiente escala: 1 (ninguno), 2 (poco), 3 (moderado), 4 (bastante) y 5 (máximo).

Si estas medidas se toman de forma repetida antes del tratamiento formal, obtendremos una **línea base** de la/s conducta/s problemática/s que nos informa del nivel y variabilidad de la conducta estudiada y nos proporciona un término de comparación para evaluar la posible eficacia del tratamiento posterior. También permite detectar posibles cambios sistemáticos de la conducta previos al tratamiento; de ser así, habría que investigar las causas de los mismos.

c) **Emplear estrategias adecuadas para identificar antecedentes, consecuencias y variables personales estables.**

Una pregunta general que puede utilizarse para iniciar la exploración de posibles antecedentes, consecuencias y variables personales estables es pedir al cliente que nos diga **a qué atribuye** que su problema se mantenga.

Para **identificar los antecedentes** hay que establecer las características (lugar, momento, personas presentes) de la situación o situaciones en que ocurren o no ocurren las conductas problemáticas y preguntar al cliente:

- Qué cosas pasan en el día en que aparece la conducta problemática o en los días anteriores, si ese día o días está preocupado por algo o se nota activado o alterado emocionalmente, qué piensa, siente y hace justo antes de que ocurra o no la conducta problemática, qué cree que pasaría caso de realizar o no la conducta.
- Qué hacen o dicen antes las personas presentes, qué le molesta de la situación, qué circunstancias o factores hacen más probable que las conductas consideradas aumenten, disminuyan o desaparezcan etc.

También puede procederse al revés: partir de la conducta problemática y analizar secuencialmente hacia atrás la cadena de variables ambientales y personales que generaron la conducta.

Es posible que con las estrategias anteriores basada en preguntas más abiertas la información obtenida sea insuficiente. En este caso, puede utilizarse una **estrategia de reconocimiento** haciendo preguntas específicas derivadas de conocimientos teóricos y empíricos sobre el problema o de hipótesis formuladas tras escuchar la información que proporciona el cliente. Por ejemplo, podría preguntarse: "¿Nota alguna variación en su dolor de espalda cuando ha discutido con su cónyuge?; ¿y cuando tiene que presentar informes importantes en el trabajo?; ¿y cuando es criticado por sus amigos?". No hay que preguntar "¿aumenta su dolor cuando...?", ya que esto representa un sesgo.

Para **identificar las consecuencias** puede preguntarse al cliente qué pasa después de la conducta de interés, qué piensa y siente, qué hace y deja de hacer, cómo reaccionan otras personas, etc. Hay que indagar cómo afecta el problema al cliente o a otras personas en diversas áreas: trabajo/estudios, relación de pareja, vida familiar, amistades, vida social, manejo de la casa, ocio, economía y salud. También puede emplearse en una segunda etapa la estrategia de reconocimiento mencionada para los antecedentes.

Asimismo, conviene estar atentos a **posibles beneficios del problema**, es decir consecuencias positivas que se derivan del mismo o consecuencias negativas que se seguirían si el problema se solucionara (p.ej., perder la dedicación de ciertas personas o una asignación económica). Si se considera necesario, puede preguntarse algo así como: ¿Puede pensar en algo negativo que podría suceder caso de que su problema se solucionara?

Además de los antecedentes y consecuencias, hay que **explorar las características personales estables** que pueden mediar la conducta problema. La exploración puede hacerse mediante preguntas sobre conductas concretas que reflejan dichas características, informes de otras personas, observación del comportamiento del cliente, autorregistros y cuestionarios.

**Métodos de evaluación empleados en el análisis del problema actual:** entrevista con el cliente y con otras personas, cuestionarios específicos sobre los problemas de interés, observación durante la entrevista y autorregistro. Con menor frecuencia se emplean la observación y los registros psicofisiológicos. También es aconsejable emplear cuestionarios sobre la interferencia que producen en la vida del paciente los problemas evaluados.

## HISTORIA DEL PROBLEMA

Se recomienda, en general, explorar los orígenes del problema **después de haber analizado la situación actual, excepto** cuando el cliente esté muy preocupado o interesado por las causas primeras y el desarrollo de su problema. Aunque la historia de un problema es difícilmente reconstruible, puede ser de gran **ayuda para comprender el problema actual**. Además, el cliente puede tener una serie de creencias inadecuadas sobre el origen de su problema que es muy útil modificar a través de alguna explicación alternativa.

Hay que preguntar por los siguientes aspectos:

- **Momento en que aparecieron por primera vez los síntomas informados por el cliente** (detallar). Puede preguntarse también por el orden en que aparecieron distintas conductas problemáticas (p.ej., ataques de pánico, conductas de evitación agorafóbica).
- **Momento en que los síntomas llegaron a ser un problema** debido a que causaron una interferencia significativa en la vida o un gran malestar.
- **Causas a las que el cliente atribuye el origen de su problema**, si estaba pasando por algún tipo de estrés en ese momento y cosas que pasaron en su vida en ese tiempo.
- **Factores asociados con el inicio** del problema ya sea como *predisponentes* (características biológicas, nivel sociocultural y económico, repertorios de conducta) o como *precipitantes* (eventos estresantes importantes, acumulación de eventos estresantes menores, experiencias traumáticas).
- **Mejoras, remisiones, recaídas y empeoramientos** habidos, y **factores asociados** a unas y otros.

No hay que confundir los llamados **antecedentes históricos**, los cuales influyeron en el surgimiento u origen del problema, con los **antecedentes actuales**, los cuales contribuyen a que el problema o alguno de sus componentes se mantengan. Sin embargo, aunque los **factores asociados con el inicio y desarrollo de un problema no tienen por qué ser los mismos que los que lo mantienen** en el momento actual, algunos de los primeros pueden seguir como variables que contribuyen a mantener el problema. Así, variables como la susceptibilidad a la ansiedad (una característica de personalidad: miedo a los síntomas de la ansiedad basado en creencias de que estos síntomas tienen consecuencias nocivas), el estrés laboral y el consumo de cocaína pudieron influir en la aparición de los ataques de pánico de una persona. Estos ataques pueden mantenerse posteriormente gracias a las dos primeras variables en conjunción con otras tales como el miedo a que se repitan y la hipervigilancia de las sensaciones temidas.

**Métodos de evaluación empleados:** Entrevista al cliente y a personas allegadas, cuestionarios autobiográficos, informes de otros profesionales que trataron con el cliente, datos previamente recogidos (diarios personales, calificaciones académicas).

## TRATAMIENTOS PREVIOS Y ACTUALES DEL PROBLEMA EVALUADO

La evaluación de los tratamientos previos y actuales seguidos por el cliente **permite obtener información sobre** el grado de eficacia de los mismos, atribuciones sobre los resultados hechas por el cliente, expectativas generadas en el cliente sobre la posibilidad de solucionar su problema, explicaciones que otros profesionales le han dado sobre su problema y motivación para seguir intentando resolver el problema. Todo esto es **útil para planificar el tratamiento y evitar posibles interferencias**. Por ejemplo, si el cliente hubiera recibido una terapia relativamente similar a la que el psicólogo piensa plantear, este dispondría de la información necesaria para: a) seleccionar una intervención diferente o b) ofrecer argumentos que justifiquen la aplicación de un tratamiento parecido; por ejemplo, podría señalar las diferencias entre ambas intervenciones, las razo-



nes por las que falló el tratamiento anterior, etc. Suelen explorarse los siguientes aspectos:

- **Tratamientos seguidos previamente** para el problema:
  - a) **Especialistas visitados con anterioridad.** Para cada especialista se intenta averiguar fecha de consulta, **diagnóstico, explicación** sobre el problema, **tratamiento** aplicado, duración y **resultados** de este, aspectos del tratamiento que el cliente consideró especialmente útiles y poco útiles, **en qué medida cumplió** el cliente con el tratamiento y **si lo abandonó**, qué le hizo dejarlo.
  - b) **Otros medios empleados previamente:** por sí mismo, naturistas, curanderos, familiares, amigos.
  - c) **A qué se atribuye la falta de resultados o la recaída** en los intentos de solucionar el problema.
- **Otros tratamientos que se están siguiendo actualmente** para el problema. Se indagan aspectos similares a los ya comentados al hablar de los tratamientos previos. Si el paciente está siendo tratado simultáneamente por otro psicólogo, el terapeuta debe decidir si acepta o no el caso. Si puede haber **interferencias** entre ambos tipos de tratamiento, debe comunicárselo al paciente para que elija el profesional que desee; por tanto, se negará a simultanear los dos tipos de tratamiento.

**Métodos de evaluación empleados:** Entrevista al cliente y a personas allegadas, informes de otros profesionales que trataron al cliente.

## MOTIVACIÓN, OBJETIVOS Y EXPECTATIVAS

Se pueden abordar los siguientes aspectos de los que no se disponga hasta el momento de la suficiente información:

- **De quién ha sido la iniciativa de venir** a consulta, ¿del cliente o de otras personas? En este último caso, se averigua **a quién perturba el problema** (¿al cliente, a otra/s persona/s o a ambos?), en qué grado y por qué. También es importante haberse hecho ya una idea sobre **quién tiene el problema**; este puede no ser sólo del cliente que viene o del cliente al que se trae, sino que puede ser un problema de pareja, familiar, etc.
- **Qué ha llevado al cliente a venir en el momento actual y no antes.** La exploración de los factores desencadenantes de la búsqueda de ayuda facilita el descubrimiento de las razones o preocupaciones inmediatas del cliente para venir a consulta. Si estas preocupaciones no se tienen en cuenta, puede producirse un abandono de la terapia.
- **Calificación (de 0 a 10) o valoración por parte del paciente de su interés en solucionar** su problema y **cuánto tiempo** puede dedicar.
- **Qué espera conseguir el cliente con el tratamiento** y, si logrado esto, piensa que su problema habrá desaparecido. Se trata aquí de obtener unos objetivos generales realistas que, en una fase posterior del proceso de intervención, serán traducidos a objetivos específicos. Un buen ejemplo de objetivo general realista sería tener más relaciones sociales; un mal ejemplo sería llegar a ser feliz. Posibles categorías de objetivos terapéuticos que pueden perseguirse son: reducir síntomas, mejorar las relaciones interpersonales, aumentar la autoestima y confianza en sí mismo, manejar o aceptar mejor una situación o pro-

blema particular y clarificar cuestiones relacionadas con una situación pasada, presente o próxima (Kazdin, 1999).

- **En qué grado confía el paciente en conseguir estos objetivos** (expectativas de mejora).
- **Posibles ideas que tiene el cliente sobre el tipo de tratamiento** que se suele aplicar. Aunque muchos clientes desconocen las intervenciones aplicadas, otros poseen información extraída de conocidos, internet, medios de comunicación, películas, etc. Cuando haya una gran divergencia entre lo que el cliente espera y el tratamiento a aplicar, conviene informar en líneas generales de la terapia y justificar su utilidad. Sin embargo, si el cliente desea otro tipo de terapia, se le debe derivar al profesional adecuado.
- Existencia de **problemas similares previos o actuales en familiares y amigos, tratamientos** que recibieron y resultados logrados.

**Métodos de evaluación empleados:** Entrevista al cliente y a personas allegadas.

## RECURSOS Y LIMITACIONES

Se puede preguntar por:

- **Opinión de las personas allegadas respecto a qué se siga un tratamiento psicológico y quiénes están dispuestas a colaborar.** Se explora también si alguna persona podría **interferir** en la marcha del tratamiento.
- **Recursos del cliente** que pueden ser útiles para resolver el problema (constancia, estrategias de afrontamiento, saber ver las cosas de forma realista, confianza en la propias capacidades, etc.). Otros aspectos positivos que el cliente cree que tiene o que los demás creen que tiene.
- **Limitaciones del cliente** que podrían trabajar en contra de la solución del problema (salud frágil, inconstancia, inhabilidad social, capacidad intelectual baja, múltiples obligaciones, falta de recursos económicos, etc.). Otras limitaciones que el cliente cree que tiene o que los demás creen que tiene.
- **Dificultades u obstáculos anticipados** (propios o por parte de otros) en la resolución del problema.
- Creencias de que el intento de **resolver su problema** o la solución del mismo puede **interferir en sus relaciones con los demás** (pareja, familia, amigos, conocidos, compañeros de trabajo), crearle **dificultades personales** o hacerle **perder ciertas ventajas**.
- **Tiempo libre disponible.**

**Métodos de evaluación empleados:** Entrevista al cliente y a otras personas allegadas, cuestionarios.

## TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS Y TRASTORNOS ANTERIORES

Cuando, a partir de la información proporcionada, **se sospecha que el cliente pueda tener**

**algún otro trastorno**, habrá que explorar si esto es cierto o no. Por otra parte, dado el alto grado de comorbilidad entre determinados problemas (p.ej., entre trastornos de ansiedad, afectivos y de abuso de sustancias), puede indagarse, si se desea, la presencia de otros trastornos que se sabe que es probable que vayan asociados con el problema evaluado y que no han sido detectados hasta el momento. Sin embargo, esto incrementa notablemente el tiempo de la entrevista y, en general, puede que la relación coste/beneficio no sea satisfactoria. Es decir, probablemente no sea necesario evaluar rutinariamente los trastornos que hipotéticamente el cliente pueda tener, a no ser que el terapeuta tenga indicios que lo justifiquen.

Otra posibilidad para detectar trastornos asociados es utilizar el Cuestionario de Cribado Diagnóstico Psiquiátrico (*Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire*) de Zimmerman y Mattia (2001), el cual tiene 125 ítems y proporciona información diagnóstica sobre 15 trastornos frecuentes del DSM-IV agrupados en seis categorías: trastornos de alimentación (bulimia/trastorno por atracón), trastornos afectivos (depresión mayor, distimia, manía/hipomanía), trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, agorafobia, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social), abuso/dependencia de sustancias (alcohol, drogas), trastornos somatoformes (trastorno de somatización e hipocondría) y psicosis.

Un medio complementario para descubrir otros posibles trastornos actuales consiste en preguntar al cliente **si, aparte de las medicaciones que pueda estar tomando para su problema, está tomando otros fármacos** para la ansiedad, depresión, insomnio o cualquier tipo de problema emocional. Si es así, se pregunta cuáles son, dosis, desde cuándo las toma, motivo y efectos conseguidos.

Finalmente, conviene explorar la existencia de **trastornos psicológicos previos**: tipo, fecha, tratamientos recibidos para estos, incluidos los posibles internamientos, y resultados obtenidos. También, de forma similar a como se ha dicho para los trastornos actuales, puede preguntarse al cliente si, aparte de las posibles medicaciones que ha podido mencionar, ha tomado alguna vez medicación para la ansiedad, depresión, insomnio o cualquier tipo de problema emocional. Si es así, se pregunta cuándo, qué tipo y en qué dosis, durante cuánto tiempo, cuál fue la razón y resultados obtenidos.

## ÁREAS BÁSICAS DE LA VIDA

Para complementar la evaluación centrada en el problema o problemas de interés, se recomienda examinar determinadas áreas básicas de la vida del cliente: **familia de origen, estudios, trabajo, economía, relaciones sociales, intereses y aficiones, sexo, vida de pareja, hijos, salud, área legal y religión**. A este respecto, existen **dos perspectivas** muy diferentes:

- Hacer en cada caso una **exploración general completa** que incluya todas las áreas anteriormente mencionadas. Esto daría una visión global del cliente, aunque habría varios inconvenientes: gasto de tiempo y dinero, obtención de información que no es útil para la comprensión del problema y su tratamiento, y recelo del cliente por el hecho de que se exploren áreas que no considera pertinentes. Además, el código deontológico del Colegio de Psicólogos señala que el psicólogo sólo recogerá la información estrictamente necesaria para desempeñar las tareas para las que ha sido requerido y siempre con la autorización del cliente.
- Adoptar un enfoque individualizado de la exploración general en el que **se indagarán sólo aquellas áreas y aspectos de las mismas que se supone ayudarán a clarificar los problemas presentes** y las hipótesis explicativas, y a buscar recursos para la elaboración

del programa de tratamiento. Este segundo enfoque parece el más aconsejable. Para llevarlo a cabo, pueden seguirse los siguientes **pasos**:

- # **Decidir las áreas** a explorar en función del problema/s presentado/s por el cliente y de la información obtenida.
- # Hacer una **pregunta general** sobre cada área seleccionada (p.ej., “explíqueme cómo se lleva con su pareja”) y luego, otra sobre posibles insatisfacciones o dificultades, caso de que el cliente no mencione nada al respecto.
- # Si el cliente informa que tiene alguna insatisfacción o dificultad en un aspecto determinado (p.ej., comunicación, sexo), conviene preguntarle, antes de evaluarlo más a fondo, si existen dificultades en otros ámbitos (p.ej., economía, tareas de la casa, tiempo libre). Luego, habrá que **explorar los aspectos problemáticos identificados** y su posible relación con el problema que se está evaluando.

**La exploración general permite** comprender mejor al cliente, averiguar si hay factores en las áreas exploradas relacionados con los problemas del cliente y descubrir nuevos recursos y limitaciones de este.

Parece más aconsejable que la **exploración general se realice después de la evaluación centrada en los problemas**, ya que si no, el cliente podría sentirse incomprendido, dudar de la pertinencia de la información que se le pide –muchas de ellas no conectada aparentemente con lo que le preocupa– y no colaborar con la misma intensidad. De todos modos, si el cliente menciona con relación a su problema alguna de las áreas antes citadas, habrá que explorarlas como parte del análisis del mismo. En estas áreas pueden encontrarse problemas paralelos al problema motivo de consulta o variables que influyen en este último.

**Métodos de evaluación empleados:** Entrevista, cuestionarios.

En ocasiones un **cliente desea conocer, ya al final de la primera o segunda sesión y antes de que el proceso de evaluación inicial esté terminado, ciertos detalles de la intervención** que se seguirá (p.ej., en qué consiste, duración aproximada, probabilidades de éxito). En este caso, puede adelantársele, si los datos lo permiten, información al respecto, pero enfatizando su carácter tentativo y provisional y señalando que se podrá ofrecer una información más precisa dentro de una o dos sesiones, una vez concluida la fase de evaluación.

Parte de la información recogida en la fase de análisis del problema puede servir para establecer, si se desea, un **diagnóstico oficial**. Este puede facilitar la comunicación con otros profesionales. Sin embargo, no conviene perder de vista que el mismo trastorno en distintas personas puede ser causado y mantenido por factores bastante diferentes. De todos modos, **el diagnóstico puede ser útil para seleccionar un tratamiento cuando** los clientes de una categoría diagnóstica son relativamente homogéneos, se dispone de un tratamiento potente y la razón coste/beneficios desaconseja la realización de una evaluación idiográfica.

Una vez analizados los problemas del paciente, el terapeuta sabrá si puede corresponder a sus demandas. De no ser así, deberá derivarlo a otro centro o terapeuta que sí esté capacitado al respecto. La **derivación** de un paciente puede tener lugar **en cualquier momento** del proceso y no sólo al inicio. Posibles **razones** para la derivación son:

- El terapeuta no domina los programas de tratamiento que son eficaces para el problema principal del cliente.

- El cliente presenta problemas para los que: a) no hay tratamiento psicológico, b) el terapeuta no lo conoce o c) existe un tratamiento alternativo más eficaz.
- No se llega a un acuerdo sobre la conceptualización del problema (y fallan las alternativas que se indican en el apartado “Compartir y acordar la conceptualización con el cliente”) o sobre el tipo de tratamiento.
- Los objetivos del cliente son inaceptables para el terapeuta.
- El cliente no mejora con el tratamiento aplicado.
- El terapeuta desarrolla fuertes sentimientos positivos o negativos hacia el cliente que interfieren en el tratamiento.
- Existe una mala relación terapéutica.
- El cliente hace revivir en el terapeuta algún problema propio que influye negativamente en la terapia.
- El terapeuta está pasando por una mala época y no puede actuar con la suficiente competencia.
- El cliente solicita acudir a algún otro centro o terapeuta, ya sea por alguna de las razones anteriores o por otras (p.ej., cambio de residencia, centro que esté más próximo, terapeuta que sea del otro sexo, dificultades económicas, etc.).

La derivación de un paciente, especialmente en algunos de los casos comentados, es una cuestión difícil tanto para él como para el terapeuta. Para empezar, **una buena derivación exige** que haya sido decidida en beneficio del cliente y no del terapeuta. Luego, debe ofrecerse una razón convincente para la misma, sin culpabilizar al paciente, y proporcionar el nombre concreto de uno o más centros o terapeutas que estén dispuestos a aceptar el caso si el cliente lo desea; esto requiere, a ser posible, contactar previamente con estos otros profesionales. Decirle simplemente a un cliente que busque a otro terapeuta no es derivar, es abandonarlo a su suerte. Finalmente, no se considera ético cobrar u obtener cualquier tipo de compensación por derivar clientes, ya que esto puede favorecer que un cliente sea derivado por razones económicas y no en su propio beneficio.

También hay que tener en cuenta que en otros casos, la naturaleza del problema o problemas requerirá la **colaboración con otros profesionales** (médicos, psiquiatras, pedagogos, sacerdotes, abogados), **grupos de autoayuda** (alcohólicos anónimos, padres sin pareja) o **centros de crisis** (para intentos de suicidio, violaciones, embarazos no deseados y abortos, malos tratos).

**No derivar** al paciente o **no colaborar** con otros profesionales cuando es necesario supone un **engaño** al cliente (caso de que se haga deliberadamente) y existe una gran probabilidad de que los resultados del tratamiento sean nulos o mínimos, por no hablar del posible empeoramiento de los problemas del paciente. Todo esto puede conducir al cliente a reducir su confianza en el tratamiento psicológico ya sea en general o en el tipo de terapia recibido.

## FORMULACIÓN Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS EXPLICATIVAS

Esta fase –también conocida con el nombre de **análisis funcional** desde la perspectiva cognitivo-conductual, que es la que se sigue en este documento– está realmente muy entrelazada con la

anterior. Al analizar los problemas del cliente surgen ya las primeras hipótesis explicativas más o menos amplias que se intentan contrastar en mayor o menor medida, de modo que, en función de los resultados, se modifican o no las hipótesis. De hecho, la **recogida de información y la generación y contraste de hipótesis** tienen lugar en la mayoría de casos en una **serie de ciclos** y no sólo en las dos fases en que, por motivos didácticos, han sido separadas aquí.

En la fase que nos ocupa, la información previamente obtenida es organizada de modo que se establecen **relaciones entre las distintas variables de un problema y/o entre los distintos problemas** de un cliente. Se formulan así una o más hipótesis explicativas sobre el mantenimiento (**hipótesis de mantenimiento**) y sobre el origen y desarrollo del problema/s (**hipótesis histórica**), hipótesis que son contrastadas de distintos modos.<sup>5</sup>

**Ejemplos de hipótesis sencillas:** a) Un dolor de cabeza puede ser explicado por una falta de aserción en situaciones sociales y por el escape o evitación de estas situaciones. b) Una disfunción eréctil puede ocurrir en función de la ansiedad y anticipación de fracaso generadas por algunas experiencias fallidas en una época de estrés laboral. c) Un niño puede no obedecer a sus padres porque estos le repiten muchas veces las órdenes, pero no le proporcionan consecuencias diferenciales según obedezca o no. d) Una compulsión se mantiene porque reduce o impide el incremento de la ansiedad producida por una obsesión. e) Una anorgasmia puede explicarse en función de unos conocimientos sexuales inadecuados, una actitud negativa hacia el sexo y un déficit de estimulación sexual por parte de la pareja.

Un modelo explicativo general de la **fobia social** puede verse representado de forma gráfica en la **figura 1**. Asimismo, en la **figura 2** puede verse un modelo explicativo para una mujer que presentaba trastorno de pánico con agorafobia. Veamos ahora con más detalle el caso de la **fobia escolar**. Algunos **factores predisponentes** a la fobia escolar pueden ser la existencia de trastornos de ansiedad (especialmente agorafobia) o de depresión en los padres, los cuales dificultan el aprendizaje de estrategias de afrontamiento por parte del niño; el provenir de familias pequeñas y muy unidas en las que los niños mantienen relaciones muy estrechas o dependientes con sus padres; la sobreprotección por parte de los padres; la existencia de ansiedad por separación en el niño; y la presencia de ansiedad o temor moderado en situaciones escolares específicas. Entre los **factores precipitantes y/o mantenedores** de la fobia escolar pueden distinguirse:

- **Acontecimientos vitales negativos:** muerte, enfermedad o separación de los padres (normalmente la madre), amigo íntimo o mascota; padecer una enfermedad, tener un accidente o sufrir una operación que obliga al niño a permanecer en casa o en el hospital largo tiempo.
- **Factores relacionados con la escuela:** cambio de colegio, de clase o de nivel académico; experiencias de ridículo, críticas, amenazas, daño físico o peleas con otros niños; profesor demasiado estricto, sarcástico o punitivo; trabajo escolar muy difícil (incluidas aquí las actividades de educación física); tener que participar en reuniones escolares e intervenir en público; hacer exámenes; estar con muchos niños o en una escuela muy grande; tener que hacer un largo y desagradable viaje hasta la escuela; experiencias traumáticas en la escuela (acoso sexual). Estos factores suelen generar cierto miedo en los niños, aunque algunos llegan a reaccionar con un nivel de miedo excesivo.
- **Factores relacionados con el niño.** Aparte de los miedos citados arriba, pueden influir el miedo a la separación de los padres; una mayor dependencia de estos; problemas de asertividad y de relaciones sociales; niveles excesivos de aspiración académica; estar acomplejado por algún aspecto de la apariencia física que puede ponerse de manifiesto en las clases o al desnudarse; celos exagerados de un hermano; angustia por la menstruación o la masturbación. Puede haber un bajo rendimiento escolar (en ciertas materias o en general) y/o un miedo al mismo debido a una serie de factores (niño, escuela, medio cultural).

Algunos niños no quieren volver a la escuela porque no pueden explicar su ausencia a sus compañeros de un modo aceptable.

- **Factores relacionados con la familia.** Sobreprotección del niño por parte de uno o ambos padres; relación muy estrecha de la madre con el niño y relación distante con el marido; expectativas poco realistas sobre el rendimiento escolar del niño; falta de recursos de los padres para conseguir llevarlo a la escuela (p.ej., no poder manejar física o psicológicamente las rabietas del niño, no sentirse capaz de manejar a la vez tanto al niño como a sus hermanos más pequeños); desajuste marital; algún progenitor o la familia sale beneficiado de que el hijo se quede en casa (p.ej., una madre agorafóbica o deprimida) o de que presente un problema que permite no atender a otros problemas más dolorosos (p.ej., insatisfacción marital); conflictos entre los padres y la escuela; padres que valoran poco la educación escolar o que tienen actitudes negativas hacia la escuela.
- **Observación** en otros niños (hermanos, amigos, compañeros) de falta de asistencia a la escuela, de miedos de tipo escolar o de experiencias negativas relacionadas con la escuela.
- **Reforzamiento negativo** (prevención de la ansiedad o de posibles consecuencias negativas anticipadas, reducción de responsabilidades escolares) **y positivo** (atención, mimos, posibilidad de realizar en casa más actividades agradables como ver TV y levantarse tarde) de las conductas de evitación y de queja. También puede haber un reforzamiento por parte de los padres de las conductas de dependencia del niño.
- Otras **consecuencias** de la fobia escolar, tanto a corto/medio plazo (retraso escolar, aislamiento social, sentimientos de culpa) como a largo plazo: menores oportunidades para cursar una educación superior, problemas de empleo, dificultades sociales y mayor riesgo de trastornos psiquiátricos futuros.

Es necesario considerar estos factores y las relaciones entre los mismos para explicar el origen y mantenimiento de la fobia escolar. Este tipo de análisis que consideran las relaciones causales presentes en un trastorno considerado en general se conocen como **modelos nomotéticos**. Estos son útiles en cuanto proporcionan, a modo de guía, un conjunto de posibles variables causales que pueden ser importantes o no para el cliente con el que se trabaja. Un ejemplo de modelo nomotético presentado de forma gráfica puede verse en la **figura 1**. Sin embargo, **el modelo explicativo importante en clínica es el idiográfico**, aquel dirigido a identificar las relaciones causales que permiten explicar los problemas de un cliente determinado (véase la figura 2 y Labrador, Estupiñá y Durán, 2008).

Otros ejemplos de modelos nomotéticos para distintos trastornos son los siguientes: trastorno de pánico con agorafobia (Bados, 2006), trastorno obsesivo-compulsivo (Cruzado, 1998), fobias específicas (Bados y Coronas, 2005), hipocondría (Botella y Martínez, 1997), disfunciones sexuales (Labrador, 1998), anorexia (Buceta, 1996; Saldaña, 1994), bulimia (Raich; 1994; Saldaña, 1994), tabaquismo (Gil, 1998), dolor crónico (Comeche y Vallejo, 1998).

Al formular la **hipótesis de mantenimiento**, es importante seleccionar **sólo las variables importantes, controlables y causales** y tratar de establecer la medida en que cada una de ellas contribuye a la explicación del problema o conducta problemática. Es decir, se trata de **asignar un peso hipotético a cada una de las variables explicativas**, peso que va a influir decisivamente en las técnicas de tratamiento elegidas. Esta asignación de ponderaciones, de la cual puede verse un ejemplo en Fernández-Ballesteros (1994, pág. 91), **suele llevarse a cabo de modo subjetivo en función de:** a) la información obtenida sobre el cliente y b) la importancia teórica que tienen las distintas variables explicativas según la información extraída de estudios de grupo, modelos nomotéticos y/o experiencia previa con casos similares. **Sin embargo**, O'Brien (1995) ha demos-

trado que el método subjetivo subestima la magnitud de las correlaciones grandes y sobrestima la de las pequeñas. Por ello, lo ideal sería emplear algún medio estadístico como las correlaciones o el análisis de las probabilidades condicionales, aunque, por el momento, esto no se lleva a cabo en la clínica cotidiana.

Emmelkamp, Bouman y Scholing (1992, cap. 3) han distinguido **dos niveles de análisis funcional** o modelos explicativos: a) análisis de las relaciones funcionales *entre* distintos problemas que pueda presentar el paciente (**macroanálisis**) y b) análisis de las relaciones funcionales *dentro* de un problema específico (**microanálisis**). En las **figuras 3 y 4** se presenta un ejemplo de cada uno de ellos para una paciente agorafóbica. El primero está centrado en los distintos problemas de la paciente y el segundo en el trastorno agorafóbico. Salvo para casos sencillos, lo aconsejable es comenzar por un macroanálisis y después realizar el o los microanálisis necesarios centrados en un problema concreto y con un mayor nivel de especificidad.

Existe una serie de **medios que pueden facilitar la generación de hipótesis**:

- **Organizar por escrito y de forma gráfica la información disponible**, de modo que se pueda tener presente toda la información a la vez. Esto es difícil o imposible de conseguir si se intenta simplemente a nivel mental.
- **Identificar el tipo de relación** (causal/correlacional, unidireccional/bidireccional) que existe **entre dos variables** que sabemos van asociadas y averiguar **qué variables están asociadas con** variaciones en la frecuencia, duración o intensidad de las conductas problemáticas.
- Estudiar la **importancia y controlabilidad de las variables explicativas identificadas**.
- Estudiar la **evolución del problema**, especialmente los factores asociados con las épocas de mejoría y empeoramiento.
- Emplear los **conocimientos derivados de los modelos teóricos** explicativos de problemas similares a los del cliente. Sin embargo, los modelos explicativos generales no tienen por qué coincidir con la hipótesis explicativa individualizada.
- Emplear los **conocimientos previos derivados de casos clínicos similares**.

## CONTRASTE DE HIPÓTESIS

Formulada una hipótesis explicativa, el siguiente paso es contrastarla. Estas dos actividades pueden irse sucediendo hasta lograr una hipótesis correcta. Existen dos formas básicas de contraste de hipótesis, **a priori** y **a posteriori**, según se lleven a cabo antes o después del tratamiento. En la fase que nos ocupa, el contraste que se lleva a cabo es el *a priori*. Esto puede hacerse **derivando predicciones específicas** de la hipótesis y empleando distintas estrategias para recoger información dirigida tanto a **confirmar como a invalidar dichas predicciones**. Las estrategias empleadas suelen ser de dos tipos, fundamentalmente del primero:

- **Convergencia de información**. Se trata de evaluar las predicciones a través de otros métodos distintos del que se utilizó para realizar la predicción (p.ej., entrevista a otras personas, autorregistro, observación, registros psicofisiológicos, pruebas cognitivas objetivas, pruebas médicas) o de variaciones en el método original (p.ej., distintas preguntas en una entrevista, otros cuestionarios). Si la información coincide, existe una mayor probabilidad de que sea correcta. La no coincidencia sugiere que las predicciones no son vá-



lidas, aunque una explicación alternativa es que el grado de concordancia entre distintas técnicas de evaluación no es muy elevado.

- # Un **ejemplo** de esta estrategia es el siguiente. Tras la primera entrevista con una madre, un psicólogo se ha planteado la hipótesis de que un niño desobedece a sus padres porque estos no aplican correctamente los reforzadores y castigos. A partir de aquí deriva dos predicciones específicas: a) los padres le refuerzan pocas veces o insuficientemente cuando obedece, y b) los padres amenazan al niño con castigos que luego no hacen cumplir. Para comprobar estas predicciones, podría utilizar otros métodos como hacer preguntas específicas al respecto a ambos padres y al niño y/o solicitarles que cumplimentaran un autorregistro de su actuación ante las obediencias y desobediencias del niño.
- # Otro **ejemplo** es que si a través de la entrevista hemos hipotetizado que un estado de ánimo deprimido es consecuencia de un déficit de habilidades sociales, podemos llevar a cabo una **observación en situaciones simuladas** para valorar si el cliente presenta o no dicho déficit. Si es así, tenemos una prueba más a favor de la hipótesis, aunque se requeriría una estrategia experimental para poder demostrar que el ánimo deprimido es un resultado del mencionado déficit de habilidades sociales. Podría ser que ambas variables no estuvieran relacionadas o que no hubiera tal déficit, pero apareciera así en la evaluación debido al estado anímico del cliente.
- # **En aquellos casos en que los datos se adecuan a un modelo explicativo general bien asentado o concuerdan con casos clínicos similares**, también aumenta nuestra confianza en la hipótesis, aunque es insuficiente para contrastarla.
- **Experimentos o cuasiexperimentos.** Esta es la estrategia ideal para contrastar una hipótesis (aunque sólo vale para las de mantenimiento), ya que supone la manipulación y el control más o menos estricto de las variables independientes y la observación de los efectos en las variables dependientes. Sin embargo, esta estrategia **no se emplea prácticamente nunca** en la clínica cotidiana debido a la inversión de tiempo que supone, a su coste y las dificultades empíricas o éticas para manipular ciertas variables. Un ejemplo de esta estrategia sería el siguiente: si hipotetizamos que el dolor de cabeza de una persona depende de la ocurrencia de discusiones maritales, podríamos crear condiciones que aumentarían o disminuirían estas últimas y observar lo que sucede.

Conviene enfatizar que la recogida de datos debe ir dirigida no sólo a confirmar predicciones, sino también a invalidarlas. La tendencia natural del ser humano parece ser buscar o seleccionar aquella información que confirma aquello que ya se cree o piensa y pasar por alto los datos que lo contradicen. Por tanto, es necesario hacer un **esfuerzo deliberado para recoger información disconfirmatoria**.

El contraste de las hipótesis históricas es siempre mucho menos potente que el de las de mantenimiento debido al tiempo transcurrido. De hecho, **en la mayoría de los casos las hipótesis históricas no se contrastan**.

Una vez que se ha analizado el problema y se dispone de una hipótesis explicativa en principio correcta, se está en condiciones de **hacer un pronóstico**, esto es una predicción de cuál será la evolución del problema en el futuro sin tratamiento. El pronóstico puede incluir la identificación de aquellos factores que, caso de aparecer, pueden producir una mejora o un empeoramiento del problema. La emisión de un pronóstico se ve facilitada por el conocimiento de casos clínicos parecidos y por las predicciones realizadas por las teorías básicas o psicopatológicas.

Cuando el terapeuta tiene más o menos clara una hipótesis explicativa del problema del clien-

te, se forja una **idea preliminar de los objetivos a conseguir y del programa general de tratamiento** que se podría aplicar. Sin embargo, la formulación definitiva de los objetivos y tratamiento dependerá de los acuerdos que se establezcan con el paciente.

## COMPARTIR Y ACORDAR LA CONCEPTUALIZACIÓN CON EL CLIENTE

Normalmente se necesitarán de **dos a cuatro sesiones de entrevista y el empleo de otros métodos de evaluación** (p.ej., cuestionarios, autorregistros, entrevista a personas allegadas) para recoger y contrastar toda la información necesaria. El siguiente paso es ofrecer al cliente (y a las personas que vayan a colaborar) o derivar con el mismo una **hipótesis explicativa** sobre su problema o problemas. Asimismo, se añadirá una **descripción tentativa acerca del origen y evolución del problema** o problemas. Conviene que la exposición sea formulada de forma comprensible para el cliente, apoyada por razones convincentes, ilustrada con ejemplos reales de la vida del paciente y enfatizando las ideas más importantes. La derivación o exposición de la hipótesis explicativa puede hacerse de **dos formas básicas**:

- **Menos directiva.** La hipótesis se va derivando a través de preguntas y discusión con el cliente, de modo que este pueda ir expresando sus opiniones, dudas y objeciones. En general, se considera que el papel activo del cliente facilitará la consecución de una conceptualización del problema verdaderamente compartida entre terapeuta y paciente. Este modo de proceder requiere más tiempo y puede no funcionar con algunos clientes.
- **Más directiva.** Se ofrece directamente toda la información, aunque se anima también al cliente a solicitar las aclaraciones oportunas y a plantear las dudas y objeciones pertinentes. Las observaciones del cliente deben analizarse con una actitud abierta y autocrítica en vez de dedicarse simplemente a rebatirlas.

Es aconsejable **ir dibujando** el modelo explicativo en una pizarra u hoja de papel para que terapeuta y paciente puedan verlo y discutirlo juntos. Una vez acordado el modelo explicativo, conviene darle al cliente una **copia por escrito** para que pueda consultarla cuando desee o se le pida.

Para descartar que existan otros problemas que no se han detectado durante la evaluación, conviene preguntar al cliente si hay **algún tema que no se ha abordado** y que desearía comentar. Asimismo, el terapeuta debe asegurarse de que el cliente comprende la **conceptualización**; para ello, puede pedirle que **la explique con sus propias palabras** o hacerle **preguntas** sobre los aspectos que sospecha que no ha comprendido.

**Caso de no alcanzar un acuerdo** con el cliente sobre la conceptualización de sus problemas, puede plantearse la conveniencia de llevar a cabo alguna **prueba empírica** para comprobar qué hipótesis explicativa se ajusta más a los hechos; así, en el caso de un paciente hipocondríaco, este podría someter a prueba si sus síntomas somáticos son indicativos de enfermedad, como él cree, o de una respuesta de ansiedad, como supone el terapeuta. Otra posibilidad es pedir al cliente que se comprometa a **seguir durante un tiempo limitado el tratamiento** que se le propondrá y analizar los resultados obtenidos. Si el cliente no está de acuerdo con ninguna de estas alternativas, existen dos opciones: a) **empezar a trabajar desde la perspectiva del cliente** y modificar progresivamente la conceptualización en función de los datos que se van obteniendo, o b) **derivar al cliente** a otro profesional.

Tras alcanzar un acuerdo sobre la conceptualización del problema o problemas, el siguiente paso es **seleccionar los problemas a modificar y acordar los objetivos concretos** a alcanzar.

## ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

Lo habitual es que un paciente presente varios problemas susceptibles de ser tratados. Por tanto, hay que **decidir en primer lugar sobre cuáles de esos problemas se va a intervenir**. En segundo lugar, si hay varios problemas a tratar, es improbable que puedan ser abordados todos a la vez, ya que esto implicaría una tarea ingente y difícilmente realizable para el cliente. En consecuencia, se trata de **establecer unas prioridades de actuación**: decidir qué problemas se van a tratar y seleccionar qué problema o problemas se van a considerar primero. Para ello, existen unos **criterios orientativos** a seguir:

- **Valores y preferencias del cliente.** Un paciente puede no querer tratar un problema, al menos inicialmente, aunque el terapeuta considere que es importante y está interfiriendo en su vida (p.ej., un conflicto marital en el caso de una persona agorafóbica).
- **Valores y preferencias del terapeuta.** Ciertos terapeutas pueden no desear ayudar a un paciente a resolver sus problemas sexuales en una relación extramatrimonial o a superar su complejo de culpabilidad por practicar abortos.
- **Gravedad del problema.** Se comienza por aquellos problemas que supongan un mayor peligro para el cliente u otras personas o una mayor interferencia en la vida de aquel o estas.
- **Malestar que el problema provoca en el cliente y/o en otras personas.** Este malestar no tiene por qué ser proporcional a la gravedad del problema.
- **Relación de dependencia entre los problemas.** Si uno o más problemas dependen de otro, una buena opción sería comenzar por este último. Así, si el estado depresivo de un cliente es una función de su déficit de aserción, podría empezarse por este último a no ser que la depresión fuera tan seria que hubiera de ser considerada primero.
- **Probabilidad de éxito a corto y largo plazo** del tratamiento del problema.
- **Coste probable del tratamiento en términos de tiempo, esfuerzo y dinero.** Por ejemplo, en un cliente con baja motivación puede comenzarse por tratar problemas menores con el fin de obtener cambios notables a corto plazo que alienten al cliente a abordar problemas más importantes.

Una vez claras las prioridades, el siguiente paso es justificar la necesidad de establecer objetivos específicos a alcanzar respecto al problema o problemas seleccionados y **establecer dichos objetivos**. De este modo, terapeuta y cliente saben cuáles son los propósitos concretos de su contacto, se facilita la selección de estrategias terapéuticas adecuadas y se dispone de unos criterios claros para evaluar los progresos y poner fin al tratamiento. Además, el hecho de establecer objetivos claros facilita las acciones del paciente de cara a conseguirlos y tiene por tanto un efecto motivador y terapéutico.

**Ejemplo** de un objetivo no lo bastante específico para un paciente agorafóbico sería "salir más o poder comprar solo". Un buen ejemplo sería "coger el metro cada día para dirigirse a su trabajo, sin ir acompañado de nadie conocido, por lo menos durante 10 días seguidos y con una ansiedad de 3 o menos en una escala de 0-10". En el caso de un niño enurético nocturno el objetivo puede ser no mojar la cama ni el pijama durante un mes seguido con la posible excepción de una noche.

Los **objetivos** establecidos deben cumplir una serie de **características**:

- Deben **responder a las necesidades del cliente** y ser, por lo tanto, individualizados.
- Deben ser **realistas**, es decir, no deben plantearse metas cuya probabilidad de conseguirse sea muy baja. Por ejemplo, alcanzar el peso ideal en el caso de un gran obeso.
- Deben ser **específicos**. Es decir, hay que describir qué conductas (manifiestas o encubiertas) deben instaurarse, incrementarse, eliminarse o reducirse, en qué situaciones y con qué frecuencia, duración o intensidad. Muchos clientes tienen problemas para ser específicos en la definición de sus objetivos; hablan, por ejemplo, de mejorar su autoestima, ser felices o sentirse tan bien como se sentían antes. Ante esto, puede preguntárseles que harían, sentirían y/o pensarían de forma diferente si esto ocurriese. Si el problema persiste, puede ofrecérseles una lista oral o escrita de posibles objetivos para que seleccionen los que deseen.
- Deben suponer una **resolución o al menos una mejora sustancial de los problemas** del cliente que se van a tratar (criterio clínico-social).
- Deben **enfaticar el comportamiento eficaz del cliente en su medio ambiente**. Además, hay que intentar promover un incremento de experiencias satisfactorias y no limitarse sólo a reducir o eliminar el malestar emocional o las conductas inadecuadas.
- Deben ser **acordados** con el cliente y no impuestos por el terapeuta u otras personas. Cuando haya varios clientes, como sucede en la terapia de pareja y familiar, todos ellos deben estar de acuerdo en los objetivos a lograr.

Conviene señalar, por otra parte, que objetivos muy atemorizantes o que el cliente puede no tener claros en el momento actual no tienen por qué ser mencionados de entrada y que otros objetivos **no tienen por qué ser operacionalizados con el paciente**. Por ejemplo, podemos compartir con el cliente el objetivo de elevar el estado de ánimo, pero no que esto se determinará sacando menos de una puntuación X en cierto cuestionario.

- Deben ser **aceptables para el cliente y para el terapeuta**. Por ejemplo, este último puede no estar de acuerdo con el objetivo de unos padres de que su hijo adolescente les obedezca siempre.
- **Siempre que sea posible**, deben ser **redactados en términos positivos** (lo que hay que hacer) en vez de en términos negativos (lo que no hay que hacer). Posibles ejemplos son “emplear el preservativo” en vez de “no practicar conductas sexuales de riesgo” u “emplear argumentos favorables ante una petición denegada y aceptar el derecho de los demás a denegar una petición” en vez de “no pelearse con otros cuando no se consigue lo que se desea”.

Si fuera necesario **motivar al cliente hacia algunas de las metas** terapéuticas, se dispone de algunos medios que son comentados en el tema *Habilidades terapéuticas*. Por ejemplo, el cliente puede elaborar una **matriz de decisión** con las consecuencias positivas y negativas a corto y a largo plazo de lograr o no sus objetivos, y valorar dichas consecuencias. En los casos en los que los pacientes tienen miedo a las consecuencias del cambio, habrá que proponer la consecución de este de modo muy gradual, como medida de seguridad y como forma de comprobar si los miedos están realmente fundados.

Los objetivos pueden ir dirigidos a: a) **Modificar las conductas problemáticas y los factores que influyen** en las mismas; por ejemplo, cambiar las pautas de comunicación entre un padre

y una hija que hacen que esta acabe siempre llorando, separar a un niño de la familia que lo maltrata físicamente, reducir o eliminar las conductas de evitación de un paciente fóbico. b) **Ayudar al cliente a adaptarse mejor a la situación problemática**; por ejemplo, aceptar que se tiene una enfermedad incurable, que no se podrá tener hijos, que uno se pone rojo en ciertas situaciones, que nuestra pareja es terriblemente desordenada o que a una determinada edad será muy difícil encontrar trabajo.

Es posible que una vez seleccionados los problemas a tratar y comenzado el tratamiento, el cliente comunique **nuevos problemas** que hasta el momento no había mencionado o que han surgido en el curso de la terapia. En estos casos hay que determinar la importancia de dichos problemas y en función de esta, posponer o empezar su evaluación y justificar la decisión al paciente. Si el problema fuera más urgente que los que se están tratando, se alteraría el orden de prioridades y se establecerían, por tanto, **nuevos objetivos**. Por otra parte, si el nuevo problema afectara a los problemas que se están tratando o a la intervención aplicada, se tendría esto en cuenta a la hora del tratamiento.

Una vez acordados los objetivos, se dispone ya de la información necesaria para **explicar en líneas generales y justificar al cliente** (y a otras personas que vayan a colaborar) **el tratamiento que se seguirá** y las **probabilidades** aproximadas de que tenga **éxito**. Conviene que las **expectativas de mejora** comunicadas al cliente tengan un cariz positivo, pero al mismo tiempo sean realistas. Inducir expectativas exageradas que luego no se consiguen tiene un impacto terapéutico claramente negativo. En cuanto a la duración aproximada del tratamiento, conviene preguntar al cliente sobre el **número de sesiones que anticipa**, ya que los pacientes suelen esperar un número bastante más bajo de visitas que los terapeutas y el número anticipado de sesiones es el mejor predictor de sesiones atendidas (Mueller y Pekarik, 2000). Por tanto, en caso de que haya una amplia divergencia conviene discutir la cuestión para llegar a un acuerdo sobre lo que puede **durar** más o menos la intervención; también se ha de informar sobre la **frecuencia y duración de las sesiones**. En aquellos casos en que no pueda establecerse una buena estimación de la duración aproximada del tratamiento, puede fijarse un límite de tiempo (p.ej., 8 semanas) para evaluar lo que se ha conseguido y lo que queda por hacer.

Asimismo, al presentar el tratamiento, se enfatiza el **papel activo que el cliente** va a jugar en el proceso de cambio y el **esfuerzo** que requiere este, y se explica el **rol del terapeuta**, el cual es un colaborador que ayuda, no alguien que asume la responsabilidad de la vida de los pacientes. Se destaca asimismo que el **progreso no será lineal**, sino que habrá altibajos. Finalmente, se pide al cliente que exprese su opinión sobre el tratamiento y sobre la utilidad de este en su caso. Además, se le anima a formular las **dudas, preguntas u objeciones** que tenga con la finalidad de que puedan ser discutidas y pueda alcanzarse un acuerdo al respecto.

Un paciente debe dar su **consentimiento informado al tratamiento**. Esto **implica** que:

- a) Debe ser informado de forma comprensible del tratamiento que se le va a aplicar, de sus objetivos, de la duración estimada del mismo, de otros posibles tratamientos alternativos y de las ventajas y desventajas de cada uno (incluyendo resultados probables, posibles efectos adversos y coste económico).
- b) Debe ser informado de las cualificaciones profesionales del terapeuta –incluyendo su experiencia en general y con respecto al problema a tratar–, de si está siendo supervisado y de los límites de la confidencialidad.
- c) El consentimiento debe estar libre de presiones y coacción.
- d) El cliente puede retirar el consentimiento en cualquier momento.

El consentimiento debe darse **por escrito en el caso** de tratamientos que comporten inconvenientes notables que puedan repercutir en la salud del paciente; también es aconsejable que sea por escrito en el caso de tratamientos experimentales. Un aspecto importante a tener en cuenta es

que un paciente tiene **derecho legal no sólo a ser informado, sino a renunciar a recibir esta información**. En este último caso, ha de hacerse constar la renuncia documentalmente, sin que esto quiera decir que no haya de obtenerse el consentimiento del paciente para la intervención.

Según la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (BOE de 15-11-2002) y la Ley sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y Autonomía del Paciente y la Documentación Clínica del Parlamento de Cataluña (Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya de 28-12-2000), **en el caso de clientes no competentes para tomar decisiones o que estén incapacitados legalmente**, el consentimiento debe ser obtenido de sus tutores, familiares u otras personas vinculadas. **En el caso de menores incapaces de comprender el alcance de la intervención**, el consentimiento debe ser dado por sus tutores o representantes después de haber escuchado la opinión de aquellos cuando tengan 12 años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con **16 años cumplidos, el menor ha de dar personalmente su consentimiento**.

## DISEÑO DEL TRATAMIENTO

Esta fase se superpone en parte con la anterior. El diseño del **programa de intervención depende de** la evaluación previa realizada. En otras palabras, depende de la **hipótesis explicativa** del mantenimiento del problema que se ha decidido tratar, de las **características del problema y del cliente** y de la naturaleza de los **objetivos** establecidos (p.ej., no es lo mismo dejar de beber que beber controladamente; por otra parte, cuanto más ambicioso sea el objetivo más pasos o sub-objetivos deberá incluir el tratamiento para su consecución).

El primer paso es **seleccionar aquellas variables explicativas cuya modificación permitirá el cambio de las conductas problemáticas y el logro de los objetivos** propuestos. Por ejemplo, en el caso de una enuresis, variables explicativas pueden ser la falta de percepción de las señales de la vejiga llena y la falta de consecuencias por mojar y no mojar la cama. Este paso es la consecuencia de la identificación de las variables explicativas importantes que ha sido realizada en la fase de formulación de hipótesis.

**Una vez seleccionadas las variables explicativas a modificar, hay que elegir las técnicas y los medios que se emplearán para lograrlo.** Para ello, hay que tener en cuenta los siguientes criterios:

- **Eficacia** de la intervención respecto a las variables a modificar, a ser posible con el tipo de cliente con el que se está trabajando.
- **Utilidad clínica** de la intervención, especialmente la generalizabilidad de los resultados de la misma a los contextos clínicos reales.
- **Eficiencia** de la intervención en cuanto al tiempo, esfuerzo y dinero requeridos. Dos intervenciones pueden ser igualmente eficaces, pero una ser más eficiente.
- **Posibles efectos secundarios positivos y negativos** de la intervención; por ejemplo, en comparación a una exposición graduada una inundación puede producir mucha ansiedad.
- **Variables del cliente** tales como edad, recursos y limitaciones (capacidad de autocontrol, nivel intelectual, capacidad de imaginación, tiempo disponible, humor deprimido), motivación y aceptabilidad e importancia que los procedimientos terapéuticos tengan para él. Por ejemplo, en función del nivel del cliente se decide el lenguaje empleado, si las ins-

trucciones se dan por escrito o sólo habladas, si se emplean medios audiovisuales para ilustrarlas y el número de veces que se repiten.

Un punto fundamental a tener en cuenta es que si existen diversos tratamientos para conseguir los objetivos, el cliente debe ser informado de los mismos para que pueda elegir el que prefiera. Según la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (BOE de 15-11-2002), **el paciente tiene derecho legal a decidir, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.**

- **Variables del terapeuta** tales como competencia en la aplicación de las diversas técnicas, preferencias por unas u otras y valores éticos (quizá no quiera emplear procedimientos aversivos, p.ej.). Si el terapeuta no domina las técnicas que parecen más aconsejables para un caso dado, puede intentar aprenderlas o si no, deberá derivar al cliente a otro profesional.
- **Variables del medio** tales como **personas allegadas** que pueden colaborar o interferir, según la aceptabilidad e importancia que las metas y procedimientos terapéuticos tengan para ellas, y **contextos de intervención** disponibles (escuela, trabajo, hospital, grupo).

El programa de tratamiento debe especificar no sólo qué técnicas se van a emplear y para qué conductas problemáticas y variables explicativas, sino también **cuál va a ser la secuencia temporal de las técnicas aplicadas**, incluido aquí las que se utilizarán simultáneamente. Además, las técnicas elegidas implican uno o más de los siguientes **modos de intervención**: **verbal** (siempre se da), instigación, replicación e intervención directa:

- **Instigación.** El cliente realiza en su medio natural actividades convenidas con el terapeuta para conseguir los cambios deseados.
- **Replicación.** Se simulan o representan en la consulta situaciones de la vida del cliente con propósitos de cambio. Por ejemplo, en la exposición imaginal el cliente imagina las situaciones temidas. Igualmente, el entrenamiento en habilidades sociales se lleva primero a cabo en la consulta hasta que el cliente se encuentra preparado para extenderlas a la vida real.
- **Intervención directa.** El terapeuta se desplaza al medio del cliente con la intención de modificar la conducta directamente o bien las técnicas son aplicadas en el medio natural por parte de personas allegadas (padres, maestros, cuidadores) con los que se ha empleado la instigación y/o la replicación.

Aunque el plan general de tratamiento a aplicar ya está acordado, **la forma concreta de llevarlo a cabo se va diseñando paso a paso** siguiendo la secuencia temporal planificada y de acuerdo con las incidencias que se vayan produciendo. A este respecto es importante **anticipar** o identificar por una parte e **intentar solucionar por otra los posibles obstáculos** que puedan existir para la aplicación del tratamiento. Asimismo, hay que explicar y justificar al cliente (y a otras personas que vayan a colaborar) cada técnica en el momento en que es introducida y pedirle que formule cualesquiera **dudas, preguntas u objeciones** que pueda tener con la finalidad de que puedan ser discutidas y pueda alcanzarse un acuerdo al respecto.

Finalmente, aunque podrían utilizarse **diseños metodológicos** experimentales o cuasi-experimentales, lo habitual en la clínica cotidiana es emplear un diseño no experimental (p.ej., diseño pretest-postest). Este tipo de diseño no permite extraer conclusiones ni sobre la eficacia del tratamiento ni sobre la validez de las hipótesis explicativas.

Conviene tener en cuenta que la **generalización y mantenimiento** de los cambios perseguidos es algo que debe ser planificado durante el tratamiento en vez de confiar en que se produzcan automáticamente.

## APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN DURANTE EL MISMO

Sea cual sea el tratamiento a aplicar, **las sesiones de tratamiento tienen una estructura que incluye** los siguientes elementos (Beck, 1995/2000; Wells, 1997):

- **Revisión de autoinforme/s** que el cliente ha podido contestar en casa o justo antes de la sesión. Beck (1995/2000) y Wells (1997) aconsejan que la frecuencia de los autoinformes sea semanal. El terapeuta pregunta al paciente cómo se ha encontrado o cómo han ido las cosas durante la semana y, si es el caso, corrige el autoinforme, grafica el resultado y lo comenta con el cliente. Tanto una mejora como un empeoramiento llevan a la exploración de los factores responsables. En los casos en que se detecte una contradicción entre el resultado del cuestionario y el relato del paciente, se le hace ver a este y se le pregunta qué es lo que le sugiere.

La **evaluación de la evolución del cliente**, es decir de su respuesta al tratamiento, no debe basarse solamente en las explicaciones generales de este, sino que deben emplearse, con mayor o menor periodicidad, métodos más específicos como **autorregistros, cuestionarios y/u observación**. Algunos de estos serán pasados cada semana, otros cada mes y otros con menor frecuencia. Es importante que los resultados obtenidos sean anotados en tablas y, los más importantes, representados de forma gráfica para poder enseñárselos al paciente, comentarlos con este y detectar posibles cambios. Si hay progresos, se alientan y se busca identificar los factores que contribuyen a los mismos. La ausencia del cambio esperado o el empeoramiento de los problemas deben llevar a explorar aquellos factores que están bloqueando la mejora o agravando la situación.

- **Breve revisión de la sesión anterior.** Se pregunta al paciente qué cosas le parecieron importantes de la sesión anterior y si hay algo que quiera comentar. Cuando un paciente no recuerda nada importante, se le hacen preguntas para ayudarlo (“¿recuerda que trabajamos sobre...?”) o se le pide que repase sus notas de la sesión anterior, en las que se le pidió que apuntara durante la sesión los puntos importantes que fueran saliendo.
- **Establecimiento del orden del día.** Se trata de determinar qué se va a hacer en la sesión y en qué orden. La finalidad es doble: a) hacer que la terapia no se desvíe de la conceptualización del problema y de los objetivos específicos perseguidos, y b) proporcionar a la vez la flexibilidad necesaria para trabajar con otros problemas cuando surgen y se considera importante dedicarles atención (p.ej., crisis, empeoramiento notable). El orden de la sesión, aunque previamente pensado por el terapeuta, se termina de establecer de común acuerdo con el paciente. Naturalmente, en las primeras fases del tratamiento el terapeuta será más directivo, ya que el cliente sabe poco sobre la terapia; en cambio, en las últimas fases la mayor parte de la responsabilidad puede recaer sobre el paciente.
- **Revisión de las actividades entre sesiones.** Se trata de ver cómo han ido las actividades acordadas (a través de la revisión de los autorregistros correspondientes), lo que el paciente ha aprendido de las mismas, los posibles obstáculos que ha habido para su realización y las dificultades que han podido surgir al llevarlas a cabo. Deberán buscarse soluciones para abordar los problemas detectados.



- **Aplicación de técnicas específicas.** La mayoría de la sesión está dedicada al empleo de técnicas dirigidas a trabajar los puntos acordados en el orden del día. Así, se pueden cuestionar ciertos pensamientos negativos, realizar experimentos conductuales dentro de la sesión o seguir el proceso de resolución de ciertos problemas ya iniciado en una sesión anterior. Si surgen cuestiones no contempladas en el orden del día, terapeuta y paciente deciden si es mejor seguir con este o introducir un cambio. A lo largo de la sesión, el terapeuta va haciendo resúmenes de los puntos más importantes y pide al paciente que tome nota de estos puntos o, si es necesario, le proporciona estas notas. Asimismo, se asegura de que el paciente comprende lo que se va haciendo.
- **Acuerdo sobre las actividades a realizar entre sesiones.** Las actividades han de ser acordadas, aunque el nivel de colaboración dependerá de la fase del tratamiento. Por otra parte, las actividades deben derivarse de lo que se ha trabajado en la sesión, estar claramente descritas y justificadas, y hay que tratar de anticipar posibles dificultades para la realización de las mismas. Terapeuta y paciente deben quedarse con una copia escrita de las actividades para minimizar problemas de incompreensión u olvido. En este mismo sentido, puesto que los pacientes recuerdan sólo una parte mínima de las sesiones, conviene pedirles que tomen notas de los puntos importantes que van saliendo durante la sesión o darles una cinta de la sesión para que la escuchen y apunten los aspectos clave y lo que no han comprendido.
- **Resumen y retroalimentación del paciente.** La sesión se termina pidiendo al paciente que resuma los puntos principales que ha aprendido o descubierto; el terapeuta puede ayudar en este proceso haciendo preguntas y ofreciendo breves resúmenes. Finalmente, se pregunta al paciente sobre su reacción global a la sesión, si hay algo que no le haya gustado y si hay cuestiones que no han quedado claras o han sido poco consideradas. De ser así, y si el tiempo lo permite, se ofrece la información correspondiente; si no es posible, pasan a formar parte del orden del día de la siguiente sesión.

El terapeuta debe **tomar notas de un modo esquemático de las sesiones de tratamiento**; un ejemplo puede verse en Beck (1995/2000, pág. 86). En estas notas apunta: fecha y duración de la sesión, resumen de los datos cuantitativos de evaluación, comentario de la evolución del paciente cuando presente cambios notables, orden del día acordado, revisión de actividades entre sesiones, acciones o técnicas llevadas a cabo en la sesión y resultados logrados, posible nuevos problemas o dificultades surgidos durante la sesión y plan para solucionarlos, actividades entre sesiones e ideas de trabajo para la siguiente sesión.

Durante la aplicación del tratamiento se sigue llevando a cabo una **evaluación continua de los resultados** que se van obteniendo para comprobar si se producen o no los cambios en el sentido deseado. Esta evaluación requiere seguir recogiendo datos empleando **alguno/s de los instrumentos pasados en la evaluación inicial**, en principio aquel/los que sea/n más sensible/s a los cambios a corto plazo. Lo más común es utilizar la entrevista, cuestionarios y/o autorregistros. Conviene enfatizar que sin una evaluación continua, es frecuente que los terapeutas no se percaten de que un cliente no progresa. No es raro que se engañen al respecto dando excesiva importancia a pequeñas mejoras en aspectos no significativos o concluyendo que un paciente que sigue viniendo es porque está mejorando (Persons y Mikami, 2002). Estos autores presentan un algoritmo con pasos que ayudan a prevenir, identificar, superar y aceptar el fracaso terapéutico.

**Tabular los datos** que se van obteniendo y **representar de forma gráfica** los más importantes constituye una fuente inmediata de retroalimentación para el terapeuta y el cliente y facilita la detección rápida de los progresos o de la falta de los mismos. Hay que procurar promover **atribuciones internas para los logros** conseguidos, es decir, que estos sean atribuidos por el cliente a su esfuerzo y trabajo personal en vez de al terapeuta o a otras fuentes externas. Si **los resultados**

**parciales indican**, tras el paso de un tiempo razonable, que el **tratamiento es poco o nada eficaz**, hay que considerar los siguientes puntos:

- ¿**Son exactos los datos** en los que se fundamenta la falta de progreso? ¿Hay señales de cambio que quizá no se hayan descubierto? Puede que los métodos de evaluación no hayan sido empleados correctamente. O bien la conclusión puede estar basada no en datos concretos, sino en el *sentimiento* del cliente o del terapeuta de que nada ha cambiado.
- Si los datos son concretos y no se aprecia progreso, hay que preguntarse **si el tratamiento está siendo aplicado según se había planeado**. Es posible que el terapeuta, el cliente o personas colaboradoras se aparten de las pautas establecidas, lo cual puede saberse a través de preguntas detalladas y registros. Si es así, hay que averiguar las razones (p.ej., déficit de habilidades, falta de motivación, miedos, objeciones a la intervención) y actuar en consecuencia.
- **Si el tratamiento está siendo aplicado correctamente, pero sin resultar eficaz**, hay que plantearse si conviene **modificar el tratamiento**; por ejemplo, dedicando más tiempo a una técnica, variando aspectos de una técnica o introduciendo una técnica nueva. De todos modos, la mejor opción suele ser **reconsiderar la evaluación del problema y la hipótesis explicativa**, lo que implica: a) evaluar detalladamente posibles factores que puedan estar influyendo en el problema o interfiriendo en su tratamiento, y b) elaborar un nuevo programa de tratamiento. Entre los factores a evaluar es importante considerar los siguientes: estrés crónico, estrés agudo severo, enfermedades físicas, características personales, posibles beneficios del trastorno y otros problemas no detectados previamente o que no se habían considerado significativos; por ejemplo, otros trastornos de ansiedad, falta de aserción, depresión, hipocondría, problemas conyugales, trastornos de personalidad, abuso de sustancias.

Si ninguna de las opciones anteriores funciona, puede consultarse con otro terapeuta, considerar el empleo de medicación (si no se está usando ya) y, en caso necesario, derivar al cliente

Hay que tener en cuenta que el **programa de tratamiento puede ser modificado o sustituido** no sólo por resultar ineficaz, sino también por otras razones tales como surgimiento de **nuevos problemas** más apremiantes, aparición de **nuevos datos que modifiquen la situación o la hipótesis explicativa** (nuevas variables explicativas, cambio de peso de las variables explicativas), etc.

Cuando los datos proporcionados por la evaluación durante el tratamiento indican **que se han alcanzado los objetivos terapéuticos** (ya sea totalmente o la mayor aproximación posible a los mismos), se lleva a cabo una **evaluación postratamiento más detallada y precisa**, la cual confirmará o no la conveniencia de poner fin a la terapia. No obstante, antes de alcanzar este punto, terapeuta y cliente deben **COMENZAR A PLANIFICAR LA TERMINACIÓN DE LA INTERVENCIÓN**. Ambos deben valorar los cambios conseguidos, discutir lo que queda por hacer, dejar claro que se aproxima el final y considerar la conveniencia de ir espaciando el tiempo entre sesiones o sustituyendo algunas de estas por contactos telefónicos con el terapeuta.

Conviene dedicar al menos 1-2 sesiones a facilitar el mantenimiento de los resultados y la prevención de las recaídas; así, se puede recordar los problemas abordados y el tratamiento seguido, **discutir los cambios conseguidos y cómo mantenerlos, comentar los aspectos a seguir trabajando, anticipar posibles obstáculos, situaciones de riesgo y contratiempos, revisar las estrategias** (tanto personales como con ayuda de otros) **para afrontarlos** y ofrecer la posibilidad de acudir a **sesiones de apoyo** o realizar **llamadas de ayuda** en caso de dificultades inmanejables, crisis o recaídas. El cliente debe acabar el tratamiento con la suficiente confianza en sus habilidades para mantener o seguir potenciando los logros terapéuticos.

Generalmente, es el cliente quien en último término decide si le conviene continuar con el tratamiento, si ha logrado ya un progreso suficiente o si le interesa abandonar la terapia por otros motivos. Así pues, la **consecución de los objetivos propuestos no es la única razón de finalización del tratamiento**. Otras **razones** son:

- a) El terapeuta ve que el cliente **se estanca** tras alcanzar un cierto progreso insuficiente a pesar de haber introducido los cambios que ha considerado convenientes.
- b) El terapeuta comprueba que el cliente **no cambia o incluso empeora** tras un tiempo razonable de terapia a pesar de haber introducido los cambios oportunos.
- c) El cliente **abandona** el tratamiento, lo cual puede ser debido a una diversidad de **motivos**: satisfacción con lo ya conseguido (p.ej., el cliente cree que ha logrado una mejora suficiente o se siente capaz de seguir solo), decepción con lo logrado, estancamiento de los resultados, empeoramiento, mala relación terapéutica, falta de acuerdo sobre el tratamiento o sobre las metas, poca confianza en el tratamiento, tratamiento muy exigente o que requiere más esfuerzo del que se puede o desea invertir, intervención demasiado larga o compleja, tratamiento con efectos secundarios indeseados (p.ej., angustia, pérdida de control personal, disminución de la autoestima), interferencia por parte de otros (p.ej., la pareja encuentra innecesario seguir con el tratamiento), otras razones externas (cuestiones económicas, horarios, enfermedad, cambio de lugar de residencia, otras responsabilidades).

Es interesante remarcar que los terapeutas estiman un porcentaje de abandono del tratamiento que es la mitad del que realmente se produce (del 35% al 65% por lo general). Asimismo, en algunos estudios se ha preguntado a terapeutas y pacientes por las razones del abandono del tratamiento. Los primeros, en comparación a los segundos, mencionan más frecuentemente la mejora del cliente y menos frecuentemente la insatisfacción con el tratamiento o el terapeuta (Todd, Deane y Bragdon, 2003). Otro dato interesante es que a veces los clientes informan de razones externas para el abandono, pero realmente lo que subyace es una insatisfacción con la terapia.

**La decisión de abandonar el tratamiento puede ser comunicada directamente** al terapeuta, puede ser anunciada **indirectamente** (el cliente empieza a perder sesiones sin causa justificada o a programarlas con menos frecuencia, no realiza las actividades entre sesiones, habla en las sesiones de temas poco productivos, etc.) o puede ser llevada a cabo **sin ningún aviso**.

Cuando se considera que un **cliente abandona prematuramente la terapia, conviene ponerse en contacto con él** para intentar averiguar los motivos, analizarlos, buscar posibles soluciones y, según los casos, pedirle que sopesa los pros y contras de seguir o no con el tratamiento. Por lo que se refiere al **análisis de los motivos**, habrá que considerar, por ejemplo, si la mejora conseguida es realmente suficiente, si la decepción con los resultados está justificada o se basa en expectativas poco realistas sobre la rapidez de los mismos, si el estancamiento o empeoramiento es tal o simplemente algo pasajero, las posibles razones para los malos resultados, los aspectos del tratamiento o de la relación que no son satisfactorios, etc.

En función del análisis anterior, posibles **soluciones** son reestructurar ideas equivocadas y seguir con el tratamiento, introducir cambios en este o en la manera de relacionarse con el cliente, modificar los objetivos terapéuticos, reducir el coste de las sesiones o preguntar al cliente si desea continuar el tratamiento con otro terapeuta y, de ser así, facilitarle uno o más nombres si quiere. Si el paciente no desea continuar, hay que respetar su decisión y dejar abiertas las puertas a una posible reanudación de la terapia. Sin embargo, en el caso de trastornos con implicaciones graves si no son tratados (depresión mayor con riesgo de suicidio, paidofilia), hay que poner un empeño especial en que vuelvan a consulta o derivarlos a otro centro.

En algunos casos el **cliente quiere seguir con la terapia mientras que el terapeuta** cree oportuno finalizarla. Puede haber varios motivos para esto: a) existen otros problemas que el terapeuta no conoce o no considera importantes, b) el paciente piensa que no ha mejorado lo suficiente, c) el paciente está inseguro de mantener la mejora sin la ayuda del terapeuta, d) el cliente ha establecido una relación de dependencia con el terapeuta, e) el terapeuta quiere acabar el tratamiento por razones no terapéuticas.

Posibles **indicios de dependencia respecto al terapeuta hacia el final del tratamiento** son la resistencia a acabar el mismo basándose en razones vagas o poco convincentes, la reaparición o intensificación sin causa aparente de problemas del cliente y el interés en tratar otros problemas que el terapeuta no ve como motivos de consulta. En este caso, conviene analizar los motivos del paciente para seguir la relación terapéutica, valorar los pros y los contras de continuar con el tratamiento y, a partir de aquí, establecer de mutuo acuerdo pautas de acción que favorezcan el comportamiento progresivamente más independiente del cliente.

**Para prevenir o minimizar el problema de dependencia respecto al terapeuta**, puede procederse del siguiente modo: a) orientar progresivamente al cliente hacia una valoración positiva del funcionamiento independiente, b) alentar las demostraciones progresivas de iniciativa personal, c) reducir progresivamente el papel jugado por el terapeuta en cada sesión, d) desvanecer gradualmente las sesiones terapéuticas en vez de terminarlas bruscamente (es decir, ir ampliando el tiempo entre sesiones), y e) procurar alargar lo menos posible la duración de la intervención.

En ocasiones, **un terapeuta puede querer acabar la intervención por motivos no terapéuticos**: a) el paciente le resulta antipático o aburrido, b) el cliente le recuerda o hace revivir algún problema propio, c) está pasando una mala época, d) no puede manejar a un cliente difícil o dependiente. En estos casos, el terapeuta podría buscar supervisión por parte de otro profesional antes de que el malestar sea tan fuerte que el único recurso sea finalizar la terapia o derivar al paciente.

Cuando un **terapeuta sabe con antelación que no podrá acabar la terapia** con un paciente (p.ej., es un residente con un tiempo limitado de permanencia en un centro, va a trasladarse, va a ser operado), debe advertir al paciente con antelación y estar atento a sus posibles reacciones, adelantarle también el nombre del nuevo terapeuta que le atenderá, darle referencias positivas del mismo e indicarle, si es posible, que se realizará con el mismo alguna sesión conjunta previa. Cuando se acerca el momento, hay que: a) prestar atención a los posibles sentimientos de abandono, tristeza, ansiedad, inseguridad o enfado, b) revisar hasta dónde se ha llegado, y c) comunicar expectativas positivas sobre la continuación del tratamiento con el nuevo terapeuta.

## **LA EVALUACIÓN TRAS EL TRATAMIENTO Y LA TERMINACIÓN DEL MISMO**

Se trata de volver a aplicar los **mismos instrumentos utilizados en la evaluación pretratamiento para valorar los cambios logrados y el grado en que se han conseguido los objetivos terapéuticos**. En la evaluación postratamiento puede incluirse **alguna nueva medida** como algún cuestionario de satisfacción con el tratamiento y una escala de valoración en la que cliente y terapeuta califiquen el grado en que el primero ha mejorado en sus diversos problemas y el grado en que le siguen afectando o perturbando.

**La evaluación postratamiento es importante ya que permite saber el grado de cambio conseguido y la medida en que se han alcanzado los objetivos terapéuticos**. Esta información debe ser compartida con el paciente. Por otra parte, si se ha empleado un diseño de investigación expe-

rimental, cosa extremadamente infrecuente en la práctica clínica habitual, se podrá: a) valorar la **eficacia del tratamiento** aplicado (es decir, si el cambio conseguido es atribuible al tratamiento aplicado) y/o b) **contrastar las hipótesis** explicativas. Un simple diseño pre-post no permite extraer conclusiones sobre estos aspectos.

Para decidir el nivel de cambio logrado en las distintas variables dependientes puede seguirse un criterio cuantitativo y un criterio clínico-social.

## ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS RESULTADOS

El criterio cuantitativo implica **comparar los datos postratamiento con los datos obtenidos en el pretratamiento o, si es el caso, con los datos obtenidos en un grupo de control** (p.ej., de lista de espera). La comparación puede hacerse a nivel gráfico o estadístico. Un método sencillo de lograr esto es calcular el **porcentaje de mejora** restando la puntuación postratamiento de la puntuación pretratamiento y dividiendo este resultado por la puntuación pretratamiento. Se considera que ha habido una mejora significativa si el porcentaje resultante es igual o mayor que un determinado valor arbitrario, el cual ha variado, según los autores, del 20% al 50%. Otro método es utilizar el **índice de cambio estadísticamente fiable** que se describe más abajo. Cuando se emplean varias medidas, puede darse un punto por cada una de ellas en que haya habido un cambio cuantitativo y calcular un nivel de mejora según el número de puntos obtenido. Puede verse un ejemplo más abajo, cuando se habla de los criterios prefijados de significación clínico-social (nivel de mejora).

**Si el posible cambio cuantitativo observado quiere atribuirse al tratamiento**, será necesario que se cumplan los requisitos del **diseño experimental** que se haya empleado (si es el caso). Por ejemplo, en un diseño A-B-A-B los datos deben revertir en la segunda fase A y alcanzar en la segunda fase B al menos el nivel de ejecución alcanzado en la primera fase B. En un diseño de línea base múltiple a través de conductas, estas deben cambiar cuando se les aplica el tratamiento y no antes. Si se produce el cambio esperado, pero no se ha utilizado un diseño experimental o no se han cumplido los requisitos del mismo, el cambio no podrá ser atribuido inequívocamente al tratamiento.

## VALORACIÓN CLÍNICO-SOCIAL DE LOS RESULTADOS

El criterio cuantitativo es necesario, pero no suficiente, ya que **no basta con que haya un cambio, sino que además este debe ser clínica y/o socialmente significativo**. Por ejemplo, imaginemos que la depresión fuera medida adecuadamente con una escala de 0 a 10 y que un paciente obtiene un nivel promedio de 9 durante la línea base y de 7 tras el tratamiento. La diferencia es clara, pero de poca relevancia, ya que el paciente sigue estando muy deprimido. Se requeriría, quizá, una mejora de 4 puntos antes de que el cambio fuera considerado clínicamente importante y una mejora de 6 puntos antes de que el cambio fuera visto como totalmente significativo desde un punto de vista clínico-social.

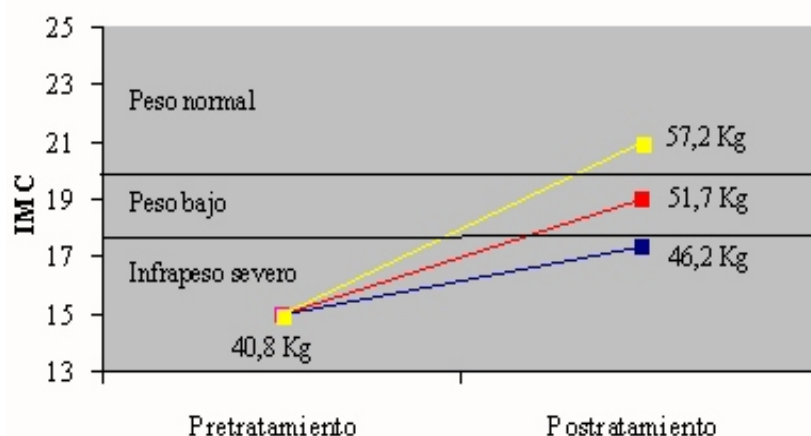
En la gráfica siguiente puede verse la evolución del peso del pretratamiento al postratamiento de **tres chicas anoréxicas** de 1,65 metros de altura y 40,8 kg de peso al inicio del tratamiento. Su Índice de Masa Corporal [IMC =  $\text{Peso (en kilos)} / \text{Altura}^2 \text{ (en metros)}$ ] era 14,99, indicativo de un infrapeso grave. En los tres casos hay un cambio cuantitativo traducido en una ganancia del 13,2%, 26,7% y 40,2% del peso inicial respectivamente. Ahora bien, en el primer caso la ganancia de peso ha sido insuficiente, ya que sigue estando dentro de la categoría de infrapeso grave. El segundo y tercer casos representan ejemplos de cambio clínicamente significativo, ya que no presentan infrapeso peligroso; el cambio es especialmente significativo en el último caso puesto que

se ha situado en la categoría de peso saludable.

El aumento de peso es fundamental en el tratamiento de la anorexia. De todos modos, conviene tener en cuenta que **el peso no es la única variable a considerar** a la hora de decidir si se ha conseguido un cambio clínicamente significativo. El cambio en el peso debería ir acompañado por la modificación de la preocupación excesiva por el peso y la figura, y el establecimiento de hábitos alimentarios adecuados. Asimismo, sería deseable conseguir cambios en otros aspectos habitualmente alterados tales como el estado emocional negativo, las relaciones interpersonales, etc.

Gráfica. Ejemplos de cambios con y sin significación clínico-social.

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS



Así pues, los cambios en las conductas problemáticas deben ser de tal magnitud que supongan una resolución o al menos una mejora sustancial de los problemas para los que se ha aplicado la intervención. Por tanto, **el criterio clínico-social implica una comparación entre el cambio logrado y el nivel de cambio requerido para que desaparezcan o se reduzcan notablemente los problemas** tratados. O, en otras palabras, una **comparación entre lo que se ha logrado y los objetivos terapéuticos propuestos** (dado que estos hayan sido bien elegidos). Como señala Kazdin (1999), la significación clínica se refiere a la importancia práctica del efecto de la intervención, es decir, a si esta produce un impacto notable o palpable en la vida diaria del paciente o de otros con los que este interactúa.

Para concluir que ha habido un **cambio clínica y/o socialmente significativo**, se requiere en primer lugar que haya habido una **mejora estadísticamente fiable**, aunque en ocasiones se han utilizado otros criterios de mejora: a) porcentaje de mejora superior a un determinado valor arbitrario, el cual ha oscilado entre el 20% y el 50%; b) valoración que hace el cliente, personas en contacto con este (incluido el terapeuta) o jueces que no le conocen sobre el grado en que el paciente ha cambiado en los problemas de interés (para mejor o peor). Sin embargo, el grado de mejora conseguido puede ser insuficiente y no dice nada sobre si el nivel final de funcionamiento es adecuado o no. Por lo tanto, se necesita **además** emplear **uno o más de los siguientes medios** (para una revisión, véase Ogles, Lunnen y Bonesteel, 2001):

- 1) Comparación del funcionamiento del cliente en las áreas de interés con el de un **grupo normativo** constituido por personas de características similares a él, pero que no presentan el problema. A veces, el grupo normativo está formado por personas de la población general, sin excluir a los que también pudieran presentar problemas similares. En este caso, el criterio no es tan riguroso.
- 2) Comparación del funcionamiento del cliente en las áreas de interés con el **prefijado arbi-**

*trariamente* por un grupo de expertos.

- 3) **Valoración que hace el cliente o personas en contacto con este** (incluido el terapeuta) **sobre el grado en que los problemas del paciente siguen siendo importantes e incapacitantes**; por ejemplo, en una escala de 0 (El problema ya no existe. No me perturba ni me afecta) a 8 (Es grave. Me perturba o incapacita muchísimo). Este criterio no refleja un cambio en medidas sintomáticas, como puede ser el caso de los dos criterios anteriores, sino el grado en que el cliente y/u otras personas consideran que el cambio ha sido importante y ha tenido un impacto en su vida diaria.

Naturalmente, las evaluaciones hechas por el cliente y por otras personas no tienen por qué coincidir, ya que están influidas por variables y sesgos diferentes. Por ejemplo, un cliente puede decir que su problema le perturba poco simplemente por agradecimiento hacia el terapeuta o porque cree que es lo que se espera que diga. Por otra parte, cuando las evaluaciones son hechas por otras personas, estas pueden tardar en darse cuenta de los cambios conseguidos por el cliente. Finalmente, las valoraciones de pacientes y terapeutas pueden divergir claramente por estar basadas en criterios diferentes.

- 4) **Valoración que hacen jueces que no conocen al cliente sobre el grado en que este tiene un funcionamiento adecuado en las áreas de interés o presenta determinados problemas.** Un caso especial de esto último es establecer si un paciente presenta o no el diagnóstico del trastorno por el que ha sido tratado. Sin embargo, conviene señalar que a pesar de no presentar ya un determinado diagnóstico (p.ej., agorafobia), una persona puede ser más similar a los agorafóbicos que a los no agorafóbicos en variables relevantes para el diagnóstico; es decir, puede seguir presentando síntomas residuales importantes. Debido a esto, seguir presentando o no cierto diagnóstico no es un criterio riguroso de significación clínica.

A continuación veremos ejemplos de los dos primeros medios, los cuales son objetivos. De todos modos, **sea cual sea el que se utilice, conviene que sea complementado con el empleo del tercer tipo de criterio** (y viceversa, ya que este último es también insuficiente). La razón es que los dos primeros criterios suelen enfatizar la reducción de síntomas o limitarse a la misma a expensas del deterioro que los clientes presentan en sus actividades personales, laborales, académicas, familiares, sociales, etc. Aunque síntomas y deterioro suelen estar relacionados, esta relación puede no ser muy alta. Como afirma Kazdin (1999), un tratamiento puede reducir los síntomas a un nivel normativo y no afectar significativamente al nivel de deterioro o no reducir los síntomas a nivel normativo, pero mejorar el funcionamiento del paciente en su vida diaria.

## **Criterios estandarizados de significación clínico-social**

Jacobson, Follette y Revenstorf (1984, 1986), Jacobson y Revenstorf (1988), Jacobson y Truax (1991) y Jacobson et al. (1999) han propuesto la adopción de criterios estandarizados para evaluar la significación clínica. Según estos autores, deben cumplirse **dos criterios**, los cuales se refieren al grado de cambio conseguido durante el tratamiento y al nivel absoluto de funcionamiento tras el tratamiento.

El criterio del grado de cambio conseguido durante el tratamiento consiste en un **índice de cambio estadísticamente fiable (ICEF)** que se calcula dividiendo la diferencia entre la puntuación posttest y la puntuación pretest por el error estándar de la diferencia ( $S_{dif}$ ) entre las dos puntuaciones. Este error es igual al error estándar de medición ( $S_E$ ) multiplicado por la raíz cuadrada de 2; a su vez, el error estándar de medición es igual a la desviación típica (DT) de la población disfuncional o de la población funcional en el pretest multiplicada por la raíz cuadrada del resul-

tado de restar de uno la fiabilidad test-retest ( $r_{xx}$ ) de la medida considerada. Si el ICEF excede  $\pm 1,96$ , puede concluirse que el cambio es fiable ( $p < 0,05$ ); este cambio implica mejora si es en la dirección de la funcionalidad o empeoramiento si va en la dirección contraria.

$$\text{ICEF} = \frac{(\text{post}) - (\text{pre})}{S_{\text{dif}}}$$

$$S_{\text{dif}} = S_E \sqrt{2}$$

$$S_E = DT \sqrt{1 - r_{xx}}$$

Veamos un ejemplo. Un paciente pasa de 92 a 101 (mejora 9 puntos) en la Escala de Ajuste Diádico de Spanier, la cual tiene una amplitud teórica de 0 a 151. Como el error estándar de la diferencia entre la puntuación postest y pretest es 5, el ICEF es igual a  $9/5$  ó  $1,8$ , lo que indica un cambio que no va más allá de las fluctuaciones propias de un instrumento de medición que no es del todo preciso. Ahora bien, con una mejora de 10 puntos, el ICEF es igual a 2, lo que refleja un cambio fiable y real que es improbable que sea debido al error de medición.

El ICEF es un **criterio muy estricto para las medidas que tienen una baja fiabilidad**. Además, en otras medidas puede no ser alcanzado por **efectos de suelo o de techo**; es decir, para las personas que puntúan moderadamente en dichas medidas en el pretratamiento, el índice puede requerir un mayor grado de cambio que el que se puede alcanzar en dichas medidas; en estos casos, puede darse como cumplido el criterio si se alcanza la puntuación postratamiento mínima o máxima según la dirección de la funcionalidad. Por otra parte, conviene enfatizar que el ICEF permite saber si un paciente ha mejorado (o empeorado) de modo estadísticamente fiable, pero **por sí solo no dice si el cambio ha sido clínicamente significativo o no**. Para decidir esto, debe cumplirse también el criterio referido al nivel absoluto de funcionamiento tras el tratamiento.

Este segundo criterio implica que el **cliente sale de la distribución de la población disfuncional o, mejor aún, pasa de la distribución de la población disfuncional a la funcional** durante el curso del tratamiento en cualquier variable que se esté utilizando para medir el problema. Este criterio puede operacionalizarse de tres maneras:

- a) **El nivel de funcionamiento en el postest debe caer fuera de la amplitud de la población disfuncional.** La amplitud se extiende hasta dos desviaciones estándar más allá de la media de la población en la dirección de la funcionalidad. Si la variable considerada **mide una característica negativa** (p.ej., depresión), se restan dos desviaciones típicas de la media de la población para calcular el punto de corte. La persona debe puntuar por debajo de este punto para considerar que está fuera de la población disfuncional. Si la variable considerada **mide una característica positiva** (p.ej., autonomía), se suman dos desviaciones típicas a la media de la población para calcular el punto de corte. La persona debe puntuar por encima de este punto para considerar que está fuera de la población disfuncional.
- b) **El nivel de funcionamiento en el postest debe caer dentro de la amplitud de la población funcional.** La amplitud comienza dos desviaciones estándar más allá de la media de la población funcional en la dirección de la disfuncionalidad. Si la variable considerada **mide una característica negativa** (p.ej., depresión), se suman dos desviaciones típicas a la media de la población para calcular el punto de corte. La puntuación de la persona debe ser igual o inferior a este punto para considerar que está dentro de la población funcional. Si la variable considerada **mide una característica positiva** (p.ej., autonomía), se restan dos desviaciones típicas a la media de la población para calcular el punto de corte. La puntuación de la persona debe ser igual o superior a este punto para conside-



rar que está dentro de la población funcional.

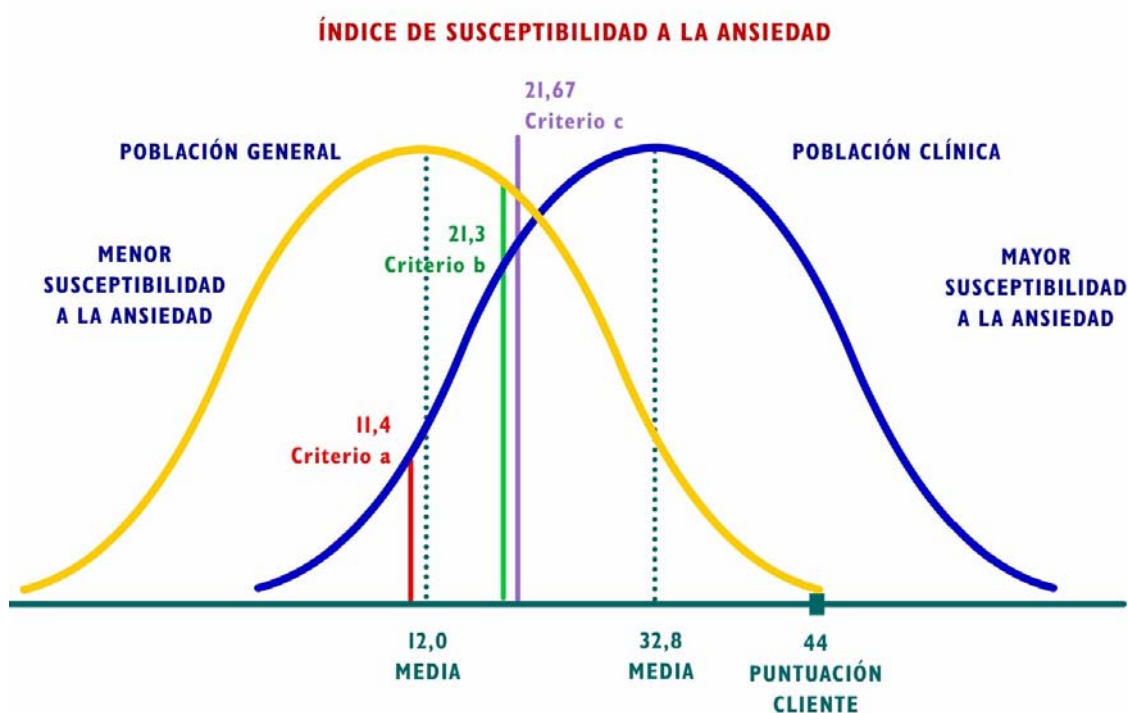
Muchas veces no se dispone de datos de la población funcional o *sana* –aquella que no presenta ningún trastorno (o, al menos, no el trastorno de interés)–, sino sólo de la población general, la cual incluye a personas que pueden tener el problema a nivel clínico o subclínico. Cuando los datos provengan de la **población general**, parece preferible **sumar o restar una desviación típica a la media en vez de dos**; de este modo, se tiene una mayor probabilidad de seleccionar el nivel de funcionamiento de las personas sin problemas o con menos problemas.

- c) **El nivel de funcionamiento en el postest es más probable que caiga en la distribución funcional que en la disfuncional.** Este es el criterio de funcionalidad (CF) menos arbitrario. Se define de la siguiente manera, suponiendo que ambas distribuciones siguen la ley normal:

$$CF = \frac{M_d \times DT_f + M_f \times DT_d}{DT_f + DT_d}$$

siendo  $M_d$  y  $DT_d$  la media y desviación típica de la población o grupo disfuncional y  $M_f$  y  $DT_f$  la media y desviación típica de la población o grupo funcional. Un cliente cuya puntuación postest vaya más allá del valor del criterio de funcionalidad en la dirección de la funcionalidad es más probable que pertenezca a la distribución de la población funcional, en la variable que se esté considerando, que a la de la población disfuncional. Así pues, si la variable considerada **mide una característica negativa** (p.ej., depresión), la persona debe puntuar por debajo del punto de corte para considerar que es más probable que pertenezca a la población funcional. Si la variable considerada **mide una característica positiva** (p.ej., autonomía), la persona debe puntuar por encima del punto de corte para considerar que es más probable que pertenezca a la población funcional. Cuando no hay datos de la población funcional, se utilizan los de la población general.

Las tres formas de operacionalizar el segundo criterio **proporcionan puntos de corte que pueden ser muy distintos**, tal como puede apreciarse en la figura.



Jacobson y Truax (1991) señalan **cuándo es recomendable utilizar cada uno de los tres criterios a, b y c**:

- **Los criterios b y c** son preferibles al *a* cuando se dispone de las normas necesarias para calcularlos, ya que permiten situar al cliente con relación a la población funcional en vez de saber simplemente si cae o no fuera de la población disfuncional.
- El **criterio c** es preferible al *b* cuando las distribuciones de la población funcional y de la disfuncional se solapan, lo cual es habitual en muchísimos problemas. Cuando las distribuciones se superponen, las personas de la población funcional que puntúan más alto en una determinada medida en la dirección de la disfuncionalidad obtienen puntuaciones similares a las de las personas de la población disfuncional que puntúan más bajo en dicha medida. Esto es debido a que las medidas utilizadas no tienen un poder discriminante lo suficientemente satisfactorio y a que la población funcional, cuando se identifica con población general, incluye un cierto número de personas que pueden presentar a nivel clínico o subclínico el problema considerado.
- El **criterio b** es el mejor cuando no hay solapamiento, tal como puede ocurrir en el caso de problemas muy graves (p.ej., autismo, esquizofrenia). Es el criterio más laxo cuando las distribuciones se solapan.
- El **criterio a** puede utilizarse cuando se carece de normas de la población funcional. Es el criterio más estricto cuando las distribuciones se solapan. Un problema con este criterio cuando la desviación típica es grande con relación a la media es que el punto de corte puede ser inferior a la puntuación mínima del cuestionario; en este caso, y si no hay más remedio que emplear este criterio, puede restarse de la media una en vez de dos desviaciones típicas.

Sea cual sea el criterio elegido, la idea que subyace tras todos ellos es que sólo hay significación clínica si un cliente ha sobrepasado algún valor absoluto de mejora que le coloque en la población funcional. Sin embargo, conviene señalar que también puede hablarse de **significación clínica** si un cliente consigue un **cambio lo suficientemente importante**, aunque no tan grande como para situarlo en la distribución funcional; un ejemplo sería el de un paciente gravemente deprimido y hospitalizado que mejora lo suficiente como para recuperar su vida normal, aunque sigue presentando síntomas depresivos. Definir la significación clínica exclusivamente como un retorno al funcionamiento normal no es apropiado para todos los trastornos, especialmente para aquellos que son crónicos y graves como la esquizofrenia y el autismo.

Por otra parte, como señala Kazdin (1999), **no siempre la reducción de los síntomas es el principal objetivo de la terapia**. Puede ser que los síntomas estén empeorando y que el tratamiento detenga o retarde este empeoramiento. O bien, los clientes puede presentar problemas que es difícil o imposible modificar (p.ej., desfiguración, pérdida de movilidad, enfermedad incurable propia o de un allegado, pérdida de un ser querido, culpabilidad por una mala acción), pero que pueden aprender a afrontar modificando la forma que tienen de vivenciar los mismos y de reaccionar ante ellos. Esta forma de vivenciar y reaccionar constituiría en estos casos el verdadero problema.

Conviene señalar que **cumplir el criterio a, b o c en una medida no permite por sí solo hablar de efecto clínicamente significativo; se requiere además** que haya habido una mejora estadísticamente fiable en la misma, más allá de lo que sería esperable por azar o por el error de medición. A partir de estos dos criterios, un paciente puede ser clasificado como: a) **Recuperado**: mejora significativa en la medida de interés según el ICEF y nivel de funcionamiento dentro de la distribución funcional. b) **Mejorado**: mejora significativa según el ICEF y nivel de funcionamien-

to dentro de la distribución disfuncional. c) **Sin cambio**: ausencia de cambio significativo según el ICEF, sea cual sea la distribución en la que se sitúa el nivel de funcionamiento. d) **Deteriorado**: empeoramiento significativo según el ICEF. (Un deterioro en el seguimiento junto a un cambio de la distribución funcional a la distribución disfuncional equivaldría a una *recaída*.) Puede construirse una o más gráficas que permita ir viendo la evolución de un paciente en la medida o medidas de interés a través de sucesivas evaluaciones (véase la **figura 5**); la retroalimentación que proporciona esta figura es útil para que el terapeuta adopte medidas en función del cambio observado.

La propuesta de Jacobson requiere tener **datos normativos** de la población funcional y disfuncional, algo poco frecuente, especialmente en el último caso. Además, cuando existen, es frecuente que los datos de la población disfuncional (e incluso de la funcional) provengan de muestras particulares, muchas veces pequeñas, en vez de ser auténticos datos normativos obtenidos de muestras numerosas aleatoriamente seleccionadas.<sup>6</sup> **Otros problemas** son los siguientes:

- **Qué medidas seleccionar** para evaluar la significación clínica. Para cada posible trastorno o problema pueden considerarse diferentes aspectos (p.ej., ansiedad, evitación, interpretaciones negativas, deterioro) y para cada uno de estos puede haber diversas medidas válidas (p.ej., distintos cuestionarios de depresión). Además, existen diversas fuentes de información que pueden tenerse en cuenta (cliente, personas allegadas, terapeuta, observadores, maestros, enfermeras, etc.). Sean cuales sean las medidas seleccionadas, deben estar relacionadas con metas terapéuticas importantes y debe haber pruebas de que reflejan un cambio importante en el funcionamiento del paciente en su vida diaria. En este sentido, las medidas de síntomas deben ser complementadas con otras: funcionamiento adaptativo, deterioro, calidad de vida, satisfacción con los resultados, impacto de estos sobre otras personas (Gladis et al., 1999; Kazdin, 1999).
- **Cómo combinar las medidas seleccionadas y qué hacer cuándo unas cambian y otras no**. Cuando las medidas se refieren al mismo constructo (p.ej., evitación agorafóbica), puede calcularse una puntuación compuesta (véase Jacobson y Revenstorf, 1988). Cuando las medidas reflejan diferentes constructos, es mejor no combinarlas, ya que no es de esperar que los pacientes cambien igualmente en todas ellas; es mejor entonces calcular la significación clínica para cada una. En este último caso, algunos clínicos consideran que un paciente se ha recuperado en general si ha conseguido un cambio clínicamente significativo en la mayoría de las medidas consideradas. Puede verse un ejemplo un poco más abajo, cuando se habla de los criterios prefijados de significación clínico-social (estado final de funcionamiento). Sean cuales sean las medidas utilizadas, para considerar a un paciente totalmente recuperado debería ser necesario que no tome medicación o reciba otro tratamiento para su problema y que este no interfiera en su vida cotidiana.
- **Cómo definir las poblaciones (funcional y disfuncional)** de las que se extraen los datos normativos. En cuanto a la población disfuncional, para cada cliente habría que disponer de datos de la población clínica que mejor se ajuste a su caso teniendo en cuenta las características que pueden influir en los resultados de las medidas empleadas (p.ej., edad, sexo, tipo del trastorno). Por lo que se refiere a la población funcional, esta puede definirse de dos formas: a) idealmente, como **población asintomática o sana**; esta excluye a las personas que presentan algún tipo de trastorno, aunque en ocasiones sólo se han excluido a las personas que presentan el trastorno de interés; b) alternativamente, como **población general**, la cual puede incluir personas con puntuaciones disfuncionales, aunque Jacobson y colaboradores recomiendan que no estén buscando o recibiendo terapia. Según como se defina la población funcional, el punto de corte será más o menos estricto.

Una posibilidad, cuando se dispone de datos, es establecer un punto de corte entre la población clínica y la población general, y otro entre la primera y la población asintomá-

tica (véase la figura 5). De este modo, en vez de decidir dicotómicamente si una persona ha cambiado o no de un modo clínicamente significativo, puede establecerse un **cierto gradiente de significación clínica** en función de qué punto de corte sobrepase el cliente. Puede obtenerse más información en Seggar, Lambert y Hansen (2002), aunque estos autores proponen establecer el punto de corte entre la población general y la asintomática, lo cual es más estricto.

- Los criterios de Jacobson **no pueden ser empleados con aquellos pacientes que ya puntúan por debajo del punto de corte en el pretratamiento** en la medida o medidas consideradas. Aunque esto es poco probable, puede llegar a ocurrir en un 9% de los casos en la práctica clínica (véanse los pacientes deprimidos de Westbrook y Kirk, 2005). Una solución es seleccionar otras medidas.
- Si es conveniente o no emplear **intervalos de confianza** de los valores criterio o puntos de corte en vez de usar estos directamente.<sup>7</sup>

Una crítica conceptual de los criterios de puntuaciones de corte propuestos por Jacobson puede verse en Hsu (1996). Aunque se han propuesto métodos más complejos, los resultados que ofrecen suelen ser comparables (Atkins et al., 2005). Por otra parte, en el **apéndice** se presenta de forma concreta y gráfica cómo se aplican los tres criterios a la hora de interpretar las puntuaciones de cuestionarios y valorar la significación clínica de las mismas.

Una alternativa a la propuesta de Jacobson es el establecimiento de **criterios prefijados, pero arbitrarios**, para evaluar el nivel de mejora conseguido y el nivel del estado final de funcionamiento de los clientes. Estos dos aspectos serán comentados acto seguido, aunque conviene tener en cuenta que es **posible combinar el método de Jacobson con el que se expone a continuación**; una forma de hacer esto es prefijar las medidas que se tendrán en cuenta, pero establecer los puntos de corte en estas de acuerdo con los criterios de Jacobson (véase de Beurs et al., 1994).

### **Criterios prefijados de significación clínico-social: Nivel de mejora**

Himadi, Boice y Barlow (1986) proponen los siguientes criterios de mejora o criterios para determinar si un cliente agorafóbico ha respondido al tratamiento. Se considera que un cliente ha mejorado con el tratamiento si demuestra **al menos un 20% de mejora** del pretratamiento al post-tratamiento por lo menos en tres de las siguientes medidas:

- Puntuación total de la Jerarquía Individualizada de Evitación Fóbica de 10 ítems calificada por el cliente en una escala de ansiedad/evitación de 0-8.
- Ejecución conductual en el Test Individualizado de Aproximación Conductual de 5 ítems.
- Puntuación total de las calificaciones de Unidades Subjetivas de Ansiedad hechas por el cliente en una escala de 0-8 en cada ítem del Test Individualizado de Aproximación Conductual.
- Frecuencia de los ataques de pánico durante 2 semanas de autorregistro por periodo de evaluación. Barlow (1988) ha propuesto tener en cuenta no sólo la frecuencia, sino también la duración e intensidad de los ataques de pánico. Con clientes sin ataques de pánico, Cerny et al. (1987) han propuesto sustituir este criterio por el siguiente: autocalificación del nivel de evitación (0-8) correspondiente a la fobia principal del cliente descrita con sus propias palabras en el Cuestionario de Miedos de Marks y Mathews (1979).
- Calificaciones del terapeuta en las escalas de 9 puntos (0-8) de gravedad agorafóbica de Watson y Marks (1971). Las calificaciones se hacen respecto a cinco situaciones fóbicas específicas y se promedian.

Estos criterios tienen en cuenta la conducta de evitación, ansiedad subjetiva, pánico e informe del terapeuta sobre la gravedad agorafóbica, aunque sería conveniente añadir un criterio relativo a la interferencia producida por la agorafobia, criterio que debería ser cumplido obligatoriamente para que un paciente fuera considerado mejorado. Además de la mejora del 20% al menos en 3 de las 5 medidas anteriores, para que un cliente sea considerado como mejorado no debe presentar un empeoramiento del 20% o más en ninguna de las cinco medidas del pretratamiento al postratamiento. Una alternativa al sistema de clasificar a los clientes en mejorados y no mejorados sería **dar un punto por criterio cumplido y establecer las siguientes categorías:** mejora elevada (4-5 puntos), media (2-3 puntos) y mínima o nula (0-1 puntos). Cualquier cliente que presentara un empeoramiento del 20% o más en alguna de las cinco medidas del pretratamiento al postratamiento sería clasificado en la categoría de mejora mínima o nula.

### **Criterios prefijados de significación clínico-social: Estado final de funcionamiento**

Una mejora significativa no implica necesariamente un nivel elevado de funcionamiento final. Por ejemplo, un agorafóbico ha podido reducir sus ataques de pánico en más de un 20% (p.ej., de 7 a 5 por semana), pero a pesar de esta mejora, sigue presentando el problema. De ahí la necesidad de criterios adicionales para clasificar el nivel del estado final de funcionamiento de los clientes. Himadi, Boice y Barlow (1986) han planteado que para considerar que un cliente agorafóbico ha alcanzado un elevado estado final de funcionamiento debe haber mejorado con el tratamiento (véase la definición del nivel de mejora) y cumplir al menos tres de los siguientes cinco criterios:

- Puntuación total de 20 o menos en la Jerarquía Individualizada de Evitación Fóbica de 10 ítems con una puntuación media no superior a 3 para los 5 ítems superiores. Calificación hecha por el cliente.
- Igual que *a*, pero calificación hecha por una persona allegada.
- Realización de los 5 ítems del Test Individualizado de Aproximación Conductual más una puntuación total de 10 o menos en las calificaciones de Unidades Subjetivas de Ansiedad hechas por el cliente en cada uno de los 5 ítems del test y con una calificación de Unidades Subjetivas de Ansiedad no superior a 3 en ningún ítem.
- Frecuencia cero de ataques de pánico durante 2 semanas de autorregistro en el postratamiento. Con clientes sin ataques de pánico, Cerny et al. (1987) han propuesto sustituir este criterio por el siguiente: Puntuación de 2 o menos en la autocalificación del nivel de evitación (0-8) correspondiente a la fobia principal del cliente descrita con sus propias palabras en el Cuestionario de Miedos de Marks y Mathews (1979).
- Una puntuación de 2 o menos en las calificaciones del terapeuta en las escalas de 9 puntos de gravedad agorafóbica de Watson y Marks (1971).

Estos cinco criterios reflejan la conducta de evitación, ansiedad subjetiva y pánico, los cuales son los principales componentes fenomenológicos de la agorafobia. Además, se tienen en cuenta calificaciones de la gravedad fóbica del cliente hechas por el terapeuta y por una persona allegada. Como se dijo antes, hubiera sido conveniente añadir un criterio relativo a la interferencia producida por la agorafobia, criterio que debería ser cumplido obligatoriamente para que un paciente fuera considerado recuperado (elevado estado final de funcionamiento). Además, uno puede preguntarse si puede considerarse recuperado a un paciente que cumple los criterios anteriores, pero sigue tomando medicación o recibiendo cualquier tipo de tratamiento para su problema.

Una alternativa al sistema de clasificar a los clientes en estado final de funcionamiento elevado y no elevado sería **dar un punto por criterio cumplido y establecer las siguientes categorí-**

**as de estado final de funcionamiento:** elevado (4-5 puntos), medio (2-3 puntos) y bajo (0-1 puntos) (o bien, puede hablarse de pacientes totalmente, moderadamente y poco recuperados). Es importante señalar que los criterios de estado final de funcionamiento deben aplicarse sólo a los clientes que responden o mejoran con el tratamiento, tal como se ha explicado antes.<sup>8</sup>

Un problema con los criterios prefijados y arbitrarios es que el porcentaje de clientes mejorados depende de la naturaleza del criterio seleccionado (tipo de variable, fijar valores más o menos estrictos). En la **tabla 1** puede verse como el porcentaje de casos exitosos en el tratamiento del alcoholismo a los 12 meses de seguimiento varía dramáticamente según el criterio de éxito empleado. ¡Y eso que estos criterios hacen sólo referencia a un único síntoma: el consumo de alcohol!

## CONTRASTE A *POSTERIORI* DE LA HIPÓTESIS EXPLICATIVA Y FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

El análisis de los datos permite extraer ciertas conclusiones sobre la adecuación de la hipótesis explicativa. Algunos terapeutas consideran que si ha habido un cambio en las conductas problemáticas tras el tratamiento, la hipótesis explicativa del problema es correcta; si no, incorrecta. Sin embargo, **que un tratamiento funcione bien no implica necesariamente que la hipótesis explicativa sea correcta**. Es posible que la hipótesis sea total o parcialmente falsa, pero que el tratamiento o acontecimientos externos al mismo (p.ej., encontrar trabajo o pareja) hayan producido cambios en los verdaderos factores que controlaban el problema. Por otra parte, **puede no haber cambios tras un tratamiento y eso no quiere decir necesariamente que la hipótesis explicativa sea incorrecta**. Puede que el tratamiento no haya sido aplicado correctamente o que se haya seleccionado un tratamiento ineficaz.

Para concluir que la **hipótesis explicativa va en la dirección correcta, se requiere:** a) comprobar que tras el tratamiento se han modificado las variables explicativas manipuladas; b) comprobar que tras la manipulación de estas variables se ha producido el cambio previsto en las conductas problemáticas; c) comprobar que este cambio no se produce en el mismo grado en ausencia de la manipulación de las variables explicativas; y d) comprobar que el cambio en las conductas problemáticas no sea debido a la modificación de alguna/s otra/s variables/s no considerada/s. Por ejemplo, la relación entre la variable independiente (creencias negativas sobre sí mismo, el mundo y el futuro) y la dependiente (conductas depresivas) **puede no ser causal, sino correlacional** y ambas ser el resultado del cambio de otra variable (frecuencia de reforzamiento social).

Por otra parte, está claro que **la hipótesis quedará invalidada en aquellos casos en que:** a) se produzcan cambios en las variables explicativas, pero no en las conductas problemáticas o b) se produzcan cambios en las conductas problemáticas, pero no en las variables explicativas. Como se dijo antes, si no hay cambios en ninguno de los dos tipos de variables, no es posible saber, en ausencia de otras informaciones, si la hipótesis es incorrecta, si el tratamiento ha sido mal aplicado o si ha resultado ineficaz.

Naturalmente, la cuestión es mucho más compleja todavía. **Si hay cambios en las conductas problemáticas** (síndrome depresivo, p.ej.) **y en varias variables explicativas** (déficit de habilidades sociales, frecuencia de reforzamiento social, normas excesivamente elevadas, distorsiones cognitivas), **no es posible concluir sobre si cada de una de estas variables jugaba un papel causal o meramente correlacional**.

Cuando la evaluación de los resultados indica que: a) **se ha obtenido un cambio clínicamente significativo** (lo que implica la consecución más o menos completa de los objetivos terapéuticos, si estos han sido bien elegidos), b) este cambio se ha **generalizado** a otras situaciones perti-

entes y c) existen en el medio del cliente las **condiciones necesarias para que se mantenga dicho cambio**, entonces **terapeuta y cliente pueden finalizar el tratamiento formal** de común acuerdo y planificar la sesión o sesiones de seguimiento.

Aunque la terminación de la terapia suele ser una experiencia positiva para pacientes y terapeutas, una minoría de los clientes pueden presentar sentimientos de abandono, soledad, tristeza y ansiedad, especialmente si antes habían sufrido alguna pérdida traumática en su vida. Algunos terapeutas también experimentan sentimientos problemáticos al acabar la terapia: culpa (por abandonar al cliente), ansiedad (por cómo le irá al cliente), inseguridad (dudas de haber sabido ayudar al paciente, las cuales pueden conducir a prolongar el tratamiento) y duelo (por la pérdida de la relación significativa establecida con el cliente).

## SEGUIMIENTO

Una vez transcurrido cierto tiempo desde la terminación del tratamiento, **se recogen nuevos datos para comprobar el grado de mantenimiento** de los cambios terapéuticos. El periodo de **seguimiento puede ser más o menos largo e incluir uno o más periodos de evaluación**. Una pauta aconsejable es hacer un primer seguimiento a los 3 meses, un segundo a los 6 meses y un último a los 12 meses, aunque en ciertos problemas con gran probabilidad de recaída, como los adictivos y los trastornos de alimentación, se sugiere prolongar el seguimiento hasta los 5 años.

Los seguimientos a los 3 y 6 meses, caso de hacerse, pueden ser menos completos que las evaluaciones pretratamiento y postratamiento, pero **el último seguimiento debería emplear los mismos métodos e instrumentos** utilizados en dichas evaluaciones. Al menos en este último control, no se aconseja el seguimiento realizado por teléfono o por correo, debido a las deficiencias e insuficiencias de estos métodos. Sin embargo, en ocasiones no quedará más remedio que acudir a los mismos.

Por otra parte, además de volver a pasar los instrumentos de evaluación previamente utilizados, conviene preguntar al cliente por lo siguiente referido al periodo de seguimiento: a) **evolución del problema tratado**, incluyendo posibles contratiempos o recaídas, descripción de estos, posibles causas de los mismos y qué se hizo para manejarlos, b) búsqueda de **nueva ayuda** para el problema tratado, c) aparición de **otros problemas psicológicos**, d) búsqueda de ayuda para los mismos, d) consumo de **fármacos** para el problema tratado y/o para otros problemas psicológicos.

**En la práctica clínica se hacen seguimientos con poca regularidad**. En ocasiones, una razón es la falta de tiempo por parte del terapeuta. También se piensa que los pacientes pueden estar poco dispuestos a participar en seguimientos y esto es cierto en determinados casos, especialmente si hay varios seguimientos, si estos son largos, si los resultados conseguidos por el paciente no han sido buenos y/o si las circunstancias de la vida del paciente dificultan su participación. Sin embargo, es más fácil que los pacientes colaboren con el seguimiento si durante el tratamiento se presenta este como una parte normal del proceso.

**Los datos recogidos durante el seguimiento se comparan con los obtenidos al final del tratamiento y con los criterios de significación clínica** para evaluar cómo está el cliente y si ha habido un mantenimiento del progreso, una mejora adicional o un empeoramiento. Cuando no hay mejora adicional o el cliente ha empeorado, conviene comparar los datos de seguimiento **con los de la evaluación pretratamiento** para valorar si sigue habiendo diferencias clínica y/o estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el seguimiento.

Es importante tener en cuenta que las **mejoras adicionales o empeoramientos durante el seguimiento no tienen por qué indicar necesariamente nada acerca de la calidad del trata-**

**miento aplicado.** Otros factores de la vida del cliente podrían explicar las mejoras o empeoramientos hallados. **Si se detecta que los resultados no se mantienen**, habrá que comentarlo con el cliente y, si este lo desea, analizar las causas y en función de estas: a) reintroducir el tratamiento con mayor o menor extensión y/o programar mejores medios para facilitar el mantenimiento, b) diseñar un nuevo tratamiento, o c) reconsiderar la evaluación del problema y la hipótesis explicativa.

Finalmente, durante el periodo de seguimiento pueden **descubrirse nuevos problemas**, que, si el cliente lo desea, se pueden abordar.

Por otra parte, en cualquier momento a lo largo del proceso de intervención puede ser necesario redactar un **informe clínico** de un paciente. Se recomienda que el informe sea breve e incluya, además del lugar y fecha, los siguientes apartados:

- **Datos profesionales del evaluador:** nombre y apellidos, nº de colegiado, centro o institución, dirección.
- **Datos personales del paciente:** nombre y apellidos, edad, sexo, estado civil, estudios, profesión, situación laboral, etc.). Debe considerarse la protección legal necesaria de este tipo de datos en informes escritos.
- **Motivo del informe:** solicitante y razones de la realización del informe.
- **Información de los diferentes ámbitos evaluados:** a) Motivo de consulta y otros posibles problemas detectados. b) Análisis del problema en la actualidad: en qué consiste y variables influyentes. c) Historia del problema: inicio, mejoras y empeoramientos y factores asociados con los mismos. d) Tratamientos previos y actuales. e) Recursos y limitaciones del cliente.
- **Pruebas administradas.** Se mencionan las pruebas, las puntuaciones obtenidas y la interpretación de estas. Si no se ha establecido la fiabilidad y validez de las pruebas utilizadas, deberá señalarse esto, así como otras limitaciones existentes.
- **Diagnóstico.** Puede seguirse el sistema DSM-IV-TR o CIE-10, aunque conviene recordar que en España el sistema oficial es la CIE-10.
- **Hipótesis explicativa.** Se trata de ofrecer esquemáticamente una hipótesis sobre el origen y, especialmente el mantenimiento del problema o problemas del paciente.
- **Tratamiento.** Si ha habido, se especifica en qué ha consistido y los resultados del mismo, incluyendo datos cuantitativos. Si no lo ha habido, se incluye un posible plan de tratamiento y otras recomendaciones, así como un pronóstico con y sin tratamiento.

En el informe debe señalarse explícitamente el **grado de confianza que merecen las conclusiones** formuladas y las limitaciones significativas que puedan tener las interpretaciones realizadas. Para ello hay que tener en cuenta aspectos como las pruebas pasadas, la actitud, motivaciones y comportamiento del paciente, las circunstancias bajo las que se ha obtenido la información, etc. Unas recomendaciones para elaborar informes psicológicos clínicos teniendo en cuenta aspectos legales, éticos y guías de asociaciones profesionales pueden verse en Pérez, Muñoz y Ausín (2003, 2006). También puede consultarse Fernández-Ballesteros (2004).

## TABLAS



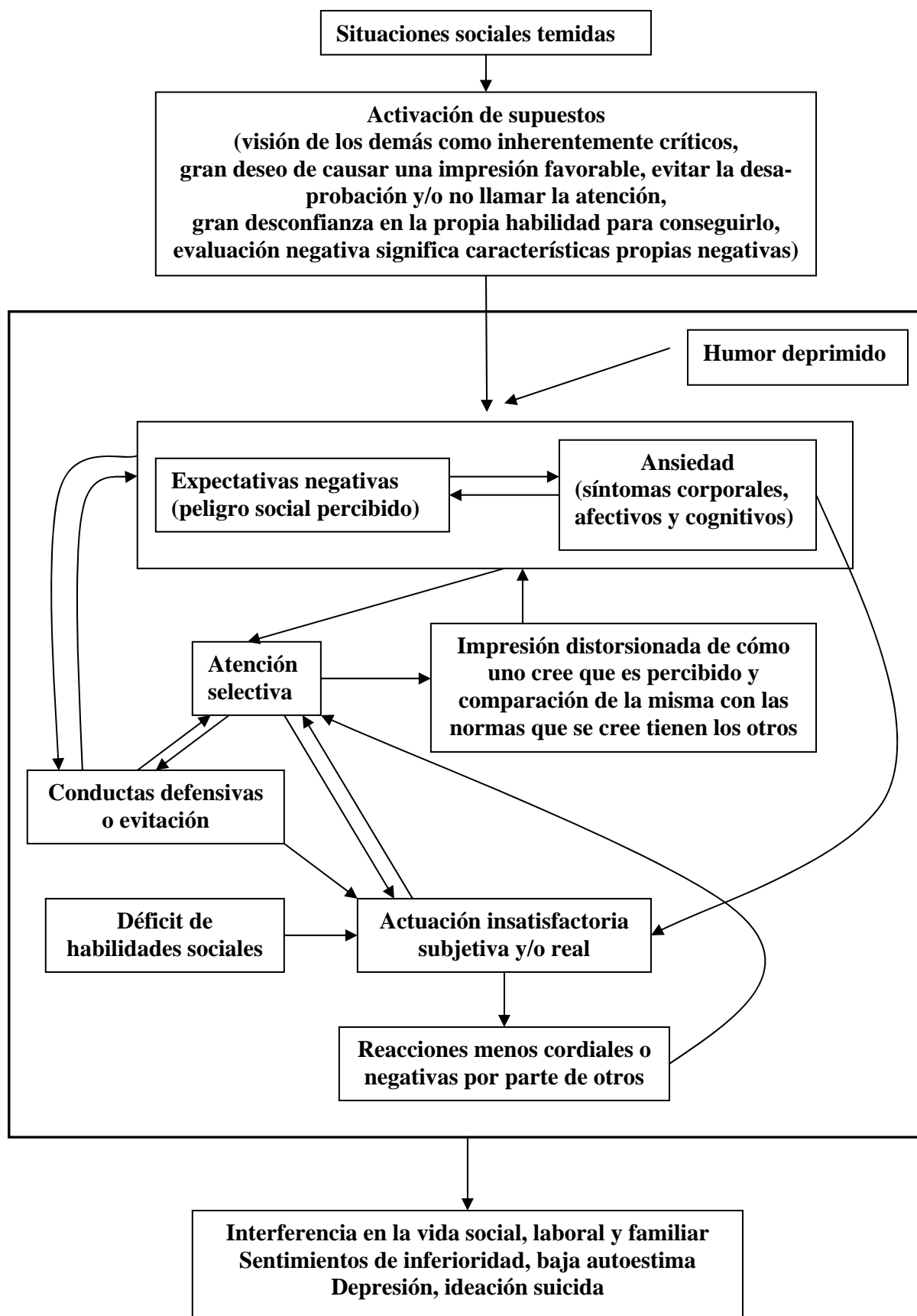


Figura 1. Modelo explicativo de la fobia social. (Adaptado de Bados, 2001a, pág. 46).

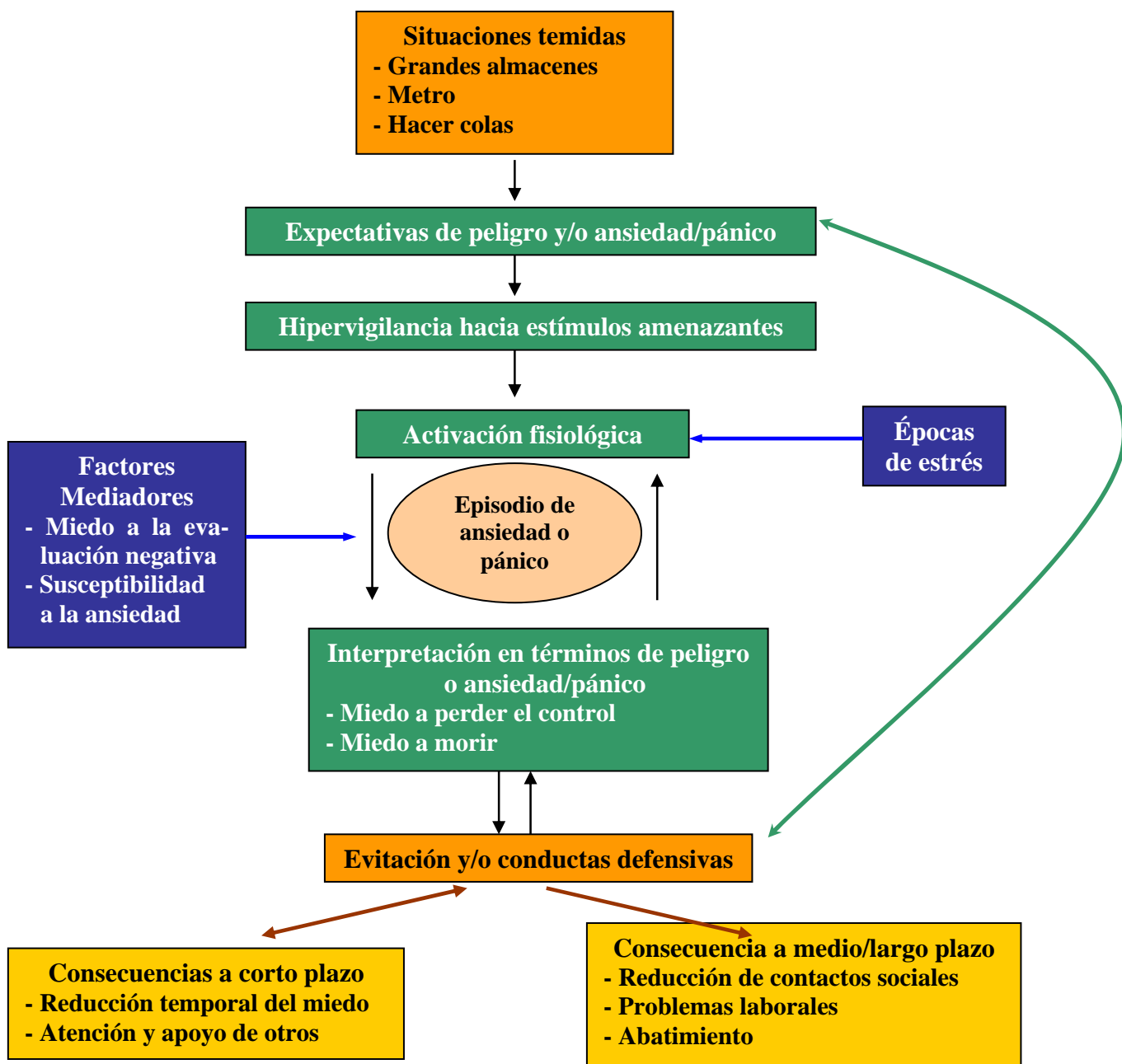
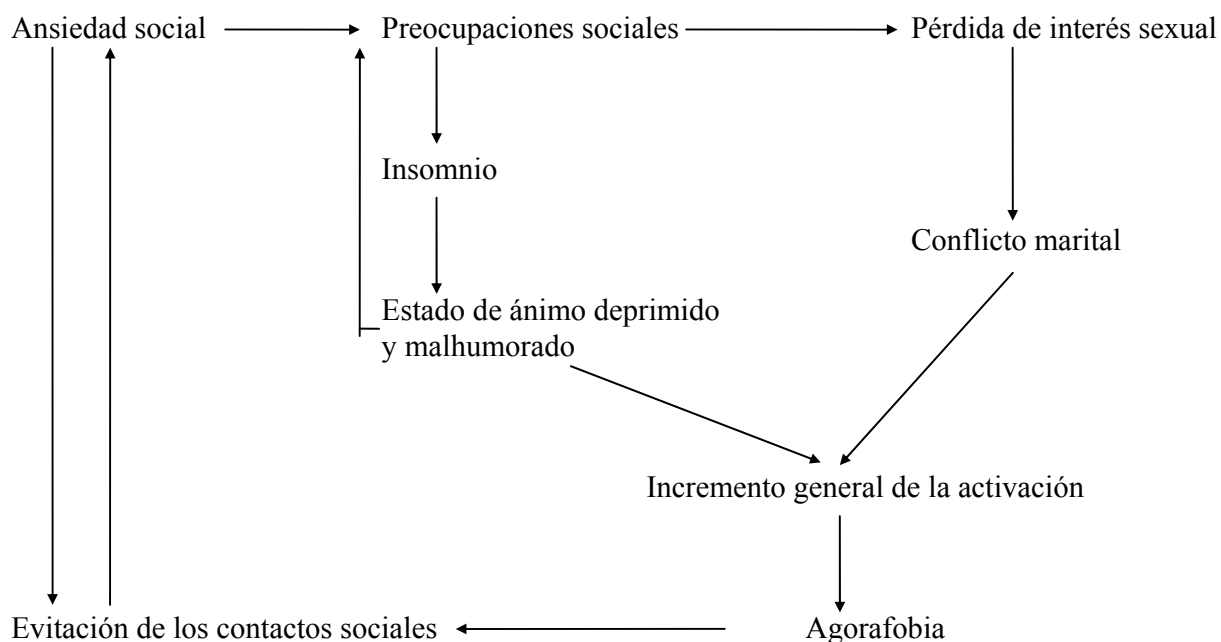


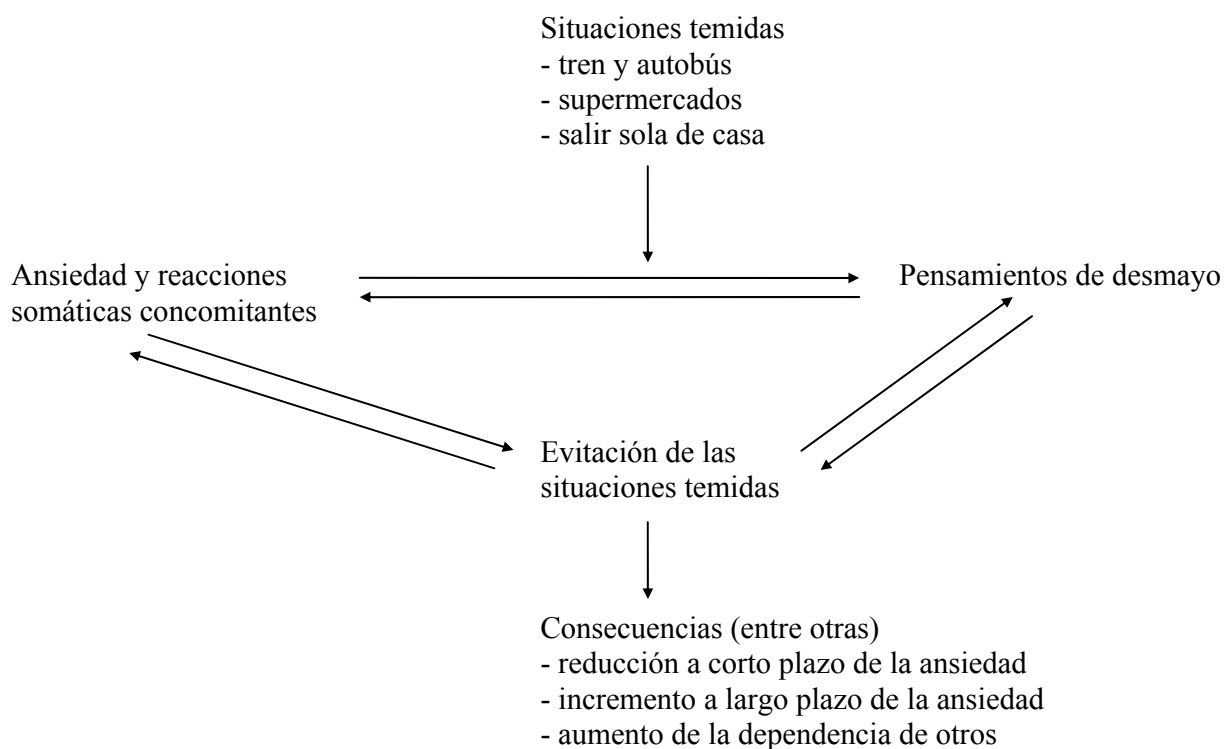
Figura 2. Modelo explicativo para una paciente con trastorno de pánico con agorafobia.

Figura 3. Macroanálisis.



Nota. Tomado de Emmelkamp, Bouman y Scholing (1992, cap. 3).

Figura 4. Microanálisis.



Nota. Tomado de Emmelkamp, Bouman y Scholing (1992, cap. 3).

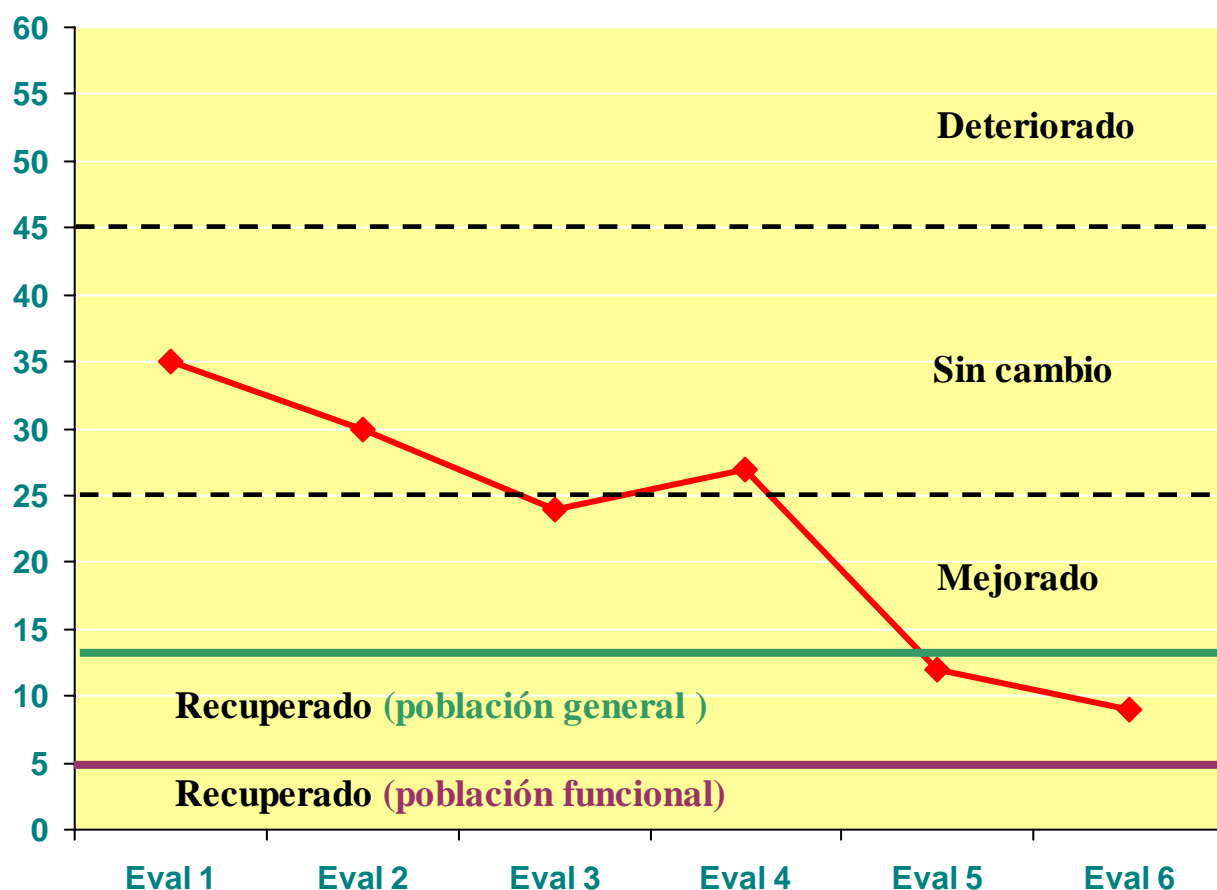


Figura 5. Evolución de un paciente en el Inventario de Depresión de Beck.

Tabla 1. Criterios de éxito y porcentaje de casos exitosos 12 meses después del tratamiento del alcoholismo.

| Criterio de éxito   | Porcentaje de casos exitosos |
|---|------------------------------|
| - No beber nunca más de 4 días/semana y nunca más 3 bebidas/día.                | 8,7                          |
| - No tomar nunca más de 3 bebidas/día.  | 11,6                         |
| - No tomar nunca más de 12 bebidas/semana.                                      | 17,4                         |
| - No beber nunca más de 4 días/semana.  | 24,6                         |
| - No tomar nunca más de 17 bebidas/semana.                                      | 29,0                         |
| - Media de días que bebe a la semana $\leq 4$ y media de bebidas/día $\leq 3$ . | 30,4                         |
| - No tomar nunca más de 21 bebidas/semana.                                      | 39,1                         |
| - Media de bebidas $\leq 3$ considerando sólo los días en que se bebe.          | 42,0                         |
| - Media bebidas por semana $\leq 12$ .  | 60,9                         |
| - Beber menos de 4 días/semana.   | 66,7                         |
| - Media bebidas por semana $\leq 17$ .  | 75,4                         |
| - Media bebidas por semana $\leq 21$ .  | 82,6                         |

Nota. Tomado de Sobell, Sobell y Gavin (1995, pág. 656).

## REFERENCIAS

- Atkins, D.C., Bedics, J.D., McGlinchey, J.B. y Beauchaine, T.P. (2005). Assessing clinical significance: Does it matter which method we use? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 982-989.
- Bados, A. (2006). *Tratando... pánico y agorafobia*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. y Coronas, M. (2005). Intervención en un caso de fobia a la sangre/inyecciones/heridas. En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 47-65). Madrid: Pirámide.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D.H. y Cerny, J. (1988). *Psychological treatment of panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1988). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill. (Original de 1980.)
- Botella, C. y Martínez, M.P. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 355-406). Madrid: Siglo XXI.
- Buceta, J.M. (1996). Programas de modificación de conducta para el tratamiento de la anorexia nerviosa. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Comps.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (pp. 309-341). Madrid: Pirámide.
- Cerny, J.A., Barlow, D.H., Craske, M.G. y Himadi, W.G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 18, 401-415.
- Comeche, M.I. y Vallejo, M.A. (1998). Dolor crónico. En Vallejo, M.A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta, (Vol II)*, págs. 331-378). Madrid: Dykinson.
- Cruzado, J.A. (1998). Trastorno obsesivo-compulsivo. En Vallejo, M.A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta, (Vol I)*, pp. 363-428). Madrid: Dykinson.
- de Beurs, E., Lange, A., van Dyck, R., Blonk, R. y Koele, P. (1991). Behavioral assessment of avoidance in agoraphobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 285-300.
- de Beurs, E., van Dyck, R., van Balkom, A., Lange, A. y Koele, P. (1994). Assessing the clinical significance of outcome in agoraphobia research: A comparison of two approaches. *Behavior Therapy*, 25, 147-158.
- Edelmann, R. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. Chichester: Wiley.
- Emmelkamp, P., Bouman, T.K. y Scholing, A. (1992). *Anxiety disorders: A practitioner's guide*. Chichester: Wiley. (Original de 1988.)
- Fernández Ballesteros, R. (1993). *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Pirámide. Cap. 2.
- Fernández Ballesteros, R. (Ed.). (1994). El proceso en evaluación conductual. en R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 111-158). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). El proceso como procedimiento científico I: el proceso descriptivo-predictivo. En R. Fernández Ballesteros, (Ed.), *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (pp. 61-87). Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. y Carrobles, J.A.I. (Eds.). (1981). Evaluación versus tratamiento. En R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carrobles (Eds.), *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones* (3ª ed, pp. 127-154). Madrid: Pirámide.
- Gil Roales-Nieto, J. (1998). Tabaquismo. En Vallejo, M.A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta, (Vol II)*, págs. 3-73). Madrid: Dykinson.
- Gladis, M.M., Gosch, E.A., Dishuk, N.M. y Crits-Cristoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 320-331.
- Godoy, A. (1991). El proceso de la evaluación conductual. En V.E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 91-108). Madrid: Siglo XXI.
- Graña, J.L. (2005). Formulación de casos en psicología clínica. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 99-120). Madrid: Pirámide.
- Haynes, S.N. (2005). La formulación clínica conductual de caso: pasos para la elaboración del análisis funcional. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 77-97). Madrid: Pirámide.
- Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Hersen, M. y van Hasselt, V.B. (Eds.) (1998). *Basic interviewing: A practical guide for counselors and clinicians*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Himadi, W.G., Boice, R. y Barlow, D.H. (1986). Assessment of agoraphobia - II: Measurement of clinical change. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 321-332.
- Hollon, S.D. y Flick, S.N. (1988). On the meaning and methods of clinical significance. *Behavioral Assessment*, 10, 197-206.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C. y Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C. y Revenstorf, D. (1986). Toward a standard definition of clinically significant change. *Behavior Therapy*, 17, 308-311.
- Jacobson, N.S. y Revenstorf, D. (1988). Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. *Behavioral Assessment*, 10, 133-145.
- Jacobson, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B. y McGlinchey, J.B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kazdin, A.E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- Kendall, P.C. y Norton-Ford, J.D. (1988). *Psicología clínica: Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa. (Original de 1982.)

- Labrador, F.J. (1998). Disfunciones sexuales. En Vallejo, M.A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta*, (Vol I, págs. 563-621). Madrid: Dykinson.
- Labrador, F.J., Estupiña, F.J. y Durán, A. (2008). Formulación clínica y tratamiento psicológico de un caso de trastorno de control de impulsos. En F.J. Labrador (Coor.), *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 177-195). Madrid: Pirámide.
- Marks, I.M. y Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating scale for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. y Marchione, K. (1985). Cognitive and behavioral treatments of agoraphobia: Clinical, behavioral, and psychophysiological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 913-925.
- Mueller, M. y Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37, pp. 117-123.
- Muñoz, M. (1993). Forma de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 284-319). Madrid: Pirámide.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.
- Muñoz, M. (2008). Proceso de evaluación psicológica cognitivo-conductual: una guía de actuación. En F.J. Labrador (Coor.), *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 69-101). Madrid: Pirámide.
- O'Brien, W.H. (1995). Inaccuracies in the estimation of functional relationships using self-monitoring data. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 351-357.
- Ogles, B.M., Lunnen, K.M. y Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21, 421-446.
- Pérez, E., Ausín, B. y Muñoz, M. (2006). El informe psicológico clínico. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológico: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 515-554). Madrid: Pirámide.
- Pérez, E., Muñoz, M. y Ausín, B. (2003). Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos (de acuerdo a las principales leyes, estándares, normas y guías actuales). *Papeles del Psicólogo*, 86, 48-60.
- Persons, J.B. y Mikami, A.Y. (2002). Strategies for handling treatment failure *successfully*. *Psychotherapy*, 39, 139-151.
- Raich, R.M. (1994). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa. Cap. 4.
- Seggar, L.B., Lambert, M.J. y Hansen, N.B. (2002). Assessing clinical significance: Application to the Beck Depression Inventory. *Behavior Therapy*, 33, 253-269.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C. y Gavin, D.R. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: Different yardsticks of success. *Behavior Therapy*, 26, 643-669.
- Todd, D.M., Deane, F.P. y Bragdon, R.A. (2003). Client and therapist reasons for termination: A conceptualization and preliminary validation. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 133-147.
- Watson, J.P. y Marks, I. (1971). Relevant vs. irrelevant flooding in the treatment of phobias. *Behavior Therapy*, 2, 275-293.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Westbrook, D. y Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243-1261.
- Zimmerman, M., y Mattia, J.I. (2001). A self-report scale to help make psychiatric diagnoses: The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ). *Archives of General Psychiatry*, 58, 787-794.

## APÉNDICE: INTERPRETACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS

Cada cuestionario proporciona una o más **puntuaciones**. Para poder **interpretarlas**, es necesario compararlas con un criterio normativo. En algunos cuestionarios se dispone de **baremos** estandarizados con percentiles o puntuaciones tipificadas. Sin embargo, para muchos de los cuestionarios utilizados en la práctica clínica no existen baremos; sólo **medias y desviaciones estándar** de una o más muestras procedentes de población clínica, población general y/o población sana. La **población general** incluye un cierto número de personas que pueden presentar a nivel clínico o subclínico el problema considerado. En cambio, la **población sana** no presenta ningún trastorno psicológico.

La puntuación que ha obtenido una cliente en el Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad es 44. En la siguiente tabla se muestra la media y la desviación típica del Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad en población clínica (clientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia) y en población general española. También se indica la puntuación obtenida por la cliente.

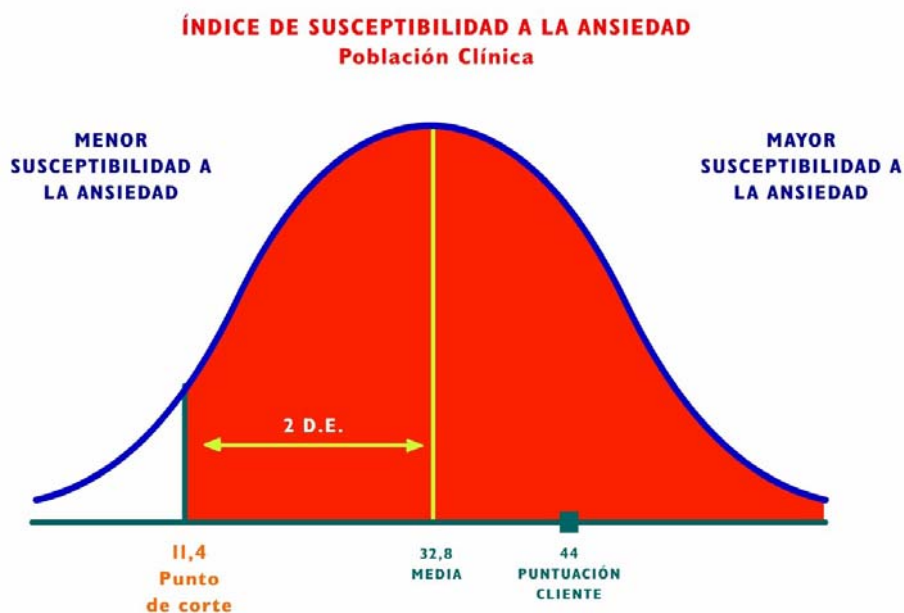
| <i>Puntuación cliente</i> | <i>Población clínica (n = 35)</i> |      | <i>Población general española (n = 523)</i> |     |
|---------------------------|-----------------------------------|------|---|-----|
|                           | Media                             | DT   | Media                                       | DT  |
| 44                        | 32,8                              | 10,7 | 12,0  | 9,3 |

Estos datos permiten interpretar la puntuación obtenida por la cliente. Para ello, se han propuesto distintos criterios:

### Criterio a: Basarse en los datos de la población clínica de interés

Se considera que la puntuación obtenida en el cuestionario es clínicamente significativa cuando está por encima de dos desviaciones estándar más allá de la media de la población clínica en la dirección del comportamiento deseable.

En el Inventario de Susceptibilidad a la Ansiedad, el **punto de corte** para establecer si una persona está o no dentro de la población clínica, se calcularía así:  $32,8 - (2 \times 10,7) = 11,4$ . En la gráfica puede verse este punto de corte y el área coloreada que contiene las puntuaciones clínicamente significativas. En el caso de la cliente, es evidente que su puntuación sobrepasa ampliamente este punto de corte y se sitúa más de una desviación típica por encima de la media de la población clínica.

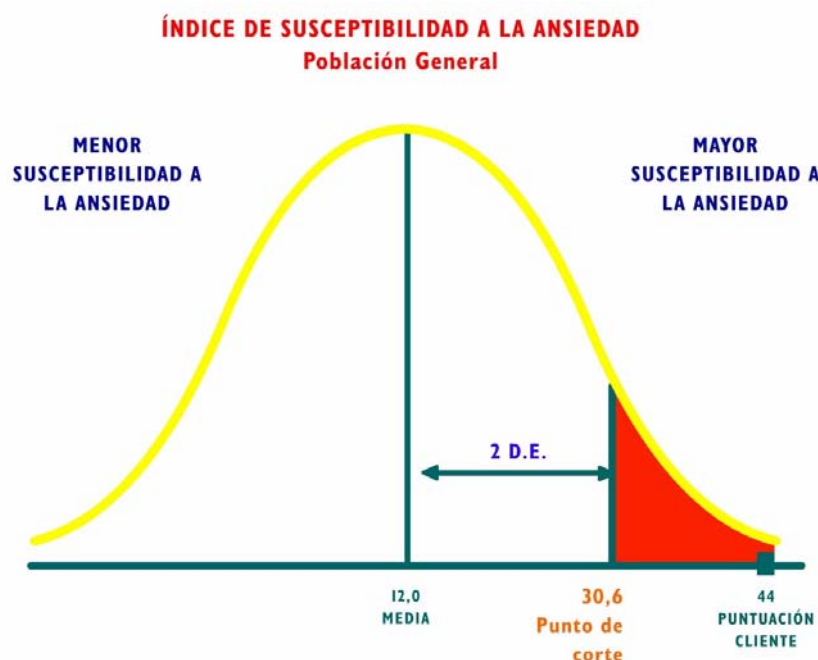


En cuestionarios como el Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad, mayores puntuaciones corresponden a mayor sintomatología. En cambio, otros cuestionarios miden recursos, habilidades o características positivas. En este caso, para calcular el punto de corte, hay que sumarle a la media dos desviaciones estándar en vez de restárselas.

### **Criterio b: Basarse en los datos de la población general**

Se considera que la puntuación obtenida en el cuestionario es clínicamente significativa cuando está por encima de dos desviaciones estándar más allá de la media de la población general en la dirección de la patología. De todos modos, puntuaciones que estén una desviación típica más allá de la media pueden indicar una patología leve o moderada.

En el Inventario de Susceptibilidad a la Ansiedad, el punto de corte para establecer si una persona está o no dentro de la población general, se calcularía así:  $12 + (2 \times 9,3) = 30,6$ . [O bien, si se considera solo una desviación típica, así:  $12 + (9,3) = 21,3$ .] En la gráfica puede verse el primero de estos puntos de corte y el área coloreada que contiene las puntuaciones clínicamente significativas. Por tanto, la cliente presenta una elevada susceptibilidad a la ansiedad que puede considerarse problemática.



En cuestionarios como el Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad, mayores puntuaciones corresponden a mayor sintomatología. En cambio, otros cuestionarios miden recursos, habilidades o características positivas. En este caso, para calcular el punto de corte, hay que restarle a la media dos desviaciones estándar en vez de sumárselas.

### **Criterio c: Basarse en los datos de la población clínica y de la población general**

Se considera que la puntuación obtenida en el cuestionario es clínicamente significativa cuando es más probable que pertenezca a la población clínica que a la general. Este criterio, denominado criterio de funcionalidad (CF) se define de la siguiente manera:

$$CF = \frac{M_c \times DT_g + M_g \times DT_c}{DT_g + DT_c}$$

siendo  $M_c$  y  $DT_c$  la media y desviación típica de la población clínica y  $M_g$  y  $DT_g$  la media y desviación típica de la población general. Una puntuación que vaya más allá del valor del criterio de



funcionalidad en la dirección de la patología es más probable que pertenezca a la distribución de la población clínica que a la de la población general.

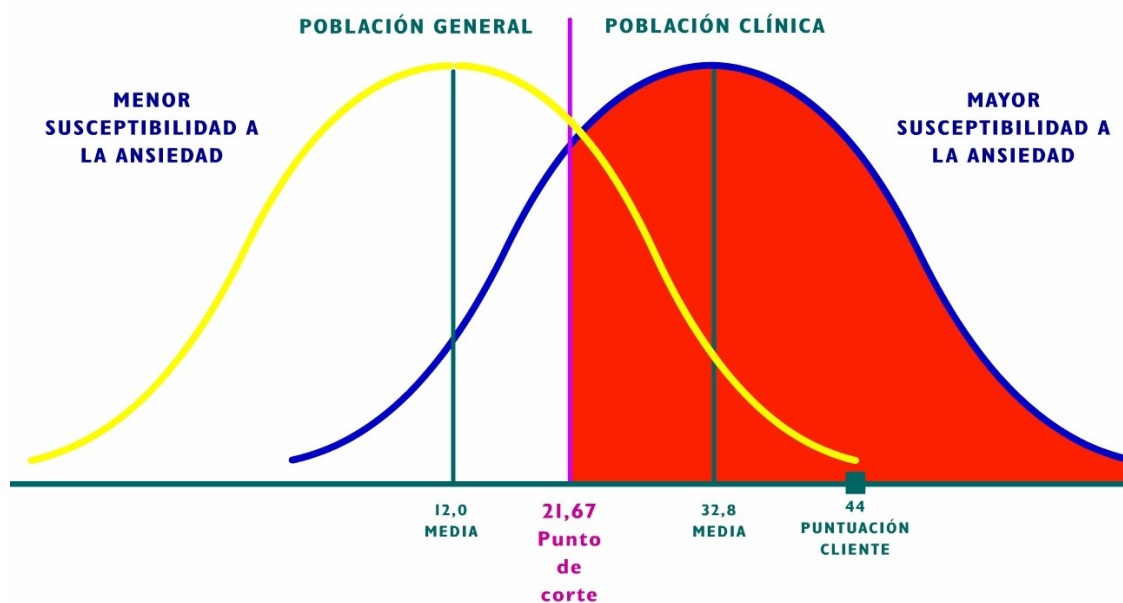
En el Inventario de Susceptibilidad a la Ansiedad, el criterio de funcionalidad se calcularía así:

| Puntuación cliente | Población Clínica |      | Población general Española |     |
|--------------------|-------------------|------|----------------------------|-----|
|                    | Media             | DT   | Media                      | DT  |
| 44                 | 32,8              | 10,7 | 12,0                       | 9,3 |

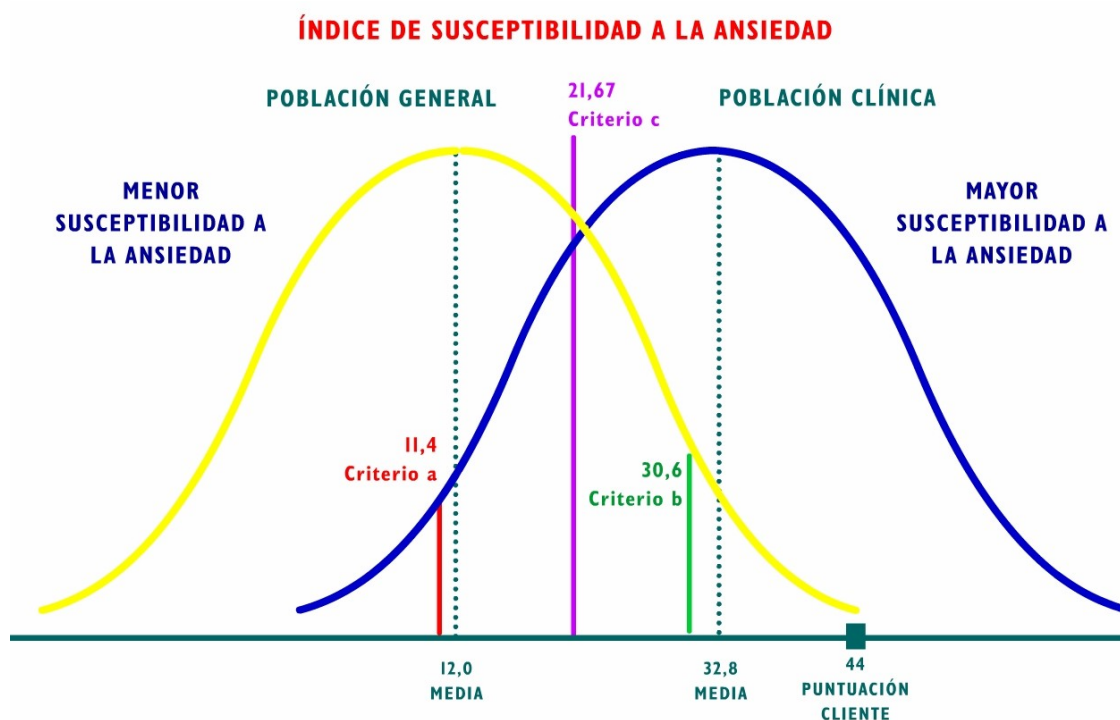
$$CF = \frac{(32,8 \times 9,3) + (12,0 \times 10,7)}{(10,7 + 9,3)} = 21,67$$

En la gráfica puede verse este punto de corte y el área coloreada que contiene las puntuaciones clínicamente significativas. La cliente presenta una puntuación de susceptibilidad a la ansiedad que es más probable que pertenezca a la población clínica que a la general.

### ÍNDICE DE SUSCEPTIBILIDAD A LA ANSIEDAD



Como puede apreciarse claramente en la gráfica, **los tres criterios proporcionan puntos de corte muy diversos.**



A continuación se indica **cuándo es recomendable utilizar cada uno de ellos en el pretratamiento:**

- El criterio *a* parece el más recomendable cuando las distribuciones de la población clínica y general no se superponen, tal como puede ocurrir en el caso de problemas muy graves (p.ej., autismo, esquizofrenia).
- El criterio *b* puede utilizarse cuando no se dispone de datos de la población clínica.
- El criterio *c* es el más aconsejable cuando las distribuciones de la población clínica y general se superponen, lo cual es muy habitual en la mayoría de los problemas.

Cuando las distribuciones se superponen, las personas de la población general que puntúan más alto en una determinada medida obtienen puntuaciones similares a las de las personas de la población clínica que puntúan más bajo en dicha medida. Esto es debido a que las medidas utilizadas no tienen un poder discriminante lo suficientemente satisfactorio y a que la población general incluye un cierto número de personas que pueden presentar a nivel clínico o subclínico el problema considerado.

### EJERCICIO

En la siguiente tabla se muestra la media y la desviación típica de la escala “evitación estando solo” del Inventario de Movilidad en población clínica (clientes agorafóbicos) y en población general. También se indica la puntuación obtenida por la cliente.

| <i>Puntuación cliente</i> | <i>Población clínica (n = 83)</i> |        | <i>Población general española (n = 70)</i> |        |
|---------------------------|-----------------------------------|--------|--|--------|
|                           | $M_c$                             | $DE_c$ | $M_g$                                      | $DE_g$ |
| 3,70                      | 3,3                               | 0,99   | 1,50                                       | 0,57   |

**PREGUNTA.** Calcule en primer lugar el punto de corte según cada uno de los tres criterios presentados y que puede volver a consultar en la tabla que se presenta a continuación. Luego, indique cuál de los tres criterios sería el más idóneo y justifique su respuesta.

| <b>CRITERIOS</b> |  |
|------------------|--|
| a)               | Basarse en los datos de la población clínica de interés. La puntuación obtenida es clínicamente significativa cuando está por encima de dos desviaciones estándar más allá de la media de la población clínica en la dirección del comportamiento deseable.  |
| b)               | Basarse en los datos de la población general. La puntuación obtenida es clínicamente significativa cuando está por encima de dos desviaciones estándar más allá de la media de la población general en la dirección de la patología.   |
| c)               | Basarse en los datos de la población clínica y de la población general. La puntuación obtenida es clínicamente significativa cuando es más probable que pertenezca a la población clínica que a la general. Este criterio, denominado criterio de funcionalidad (CF) se define de la siguiente manera: |
|                  | $CF = \frac{M_c \times DT_g + M_g \times DT_c}{DT_g + DT_c}$   |

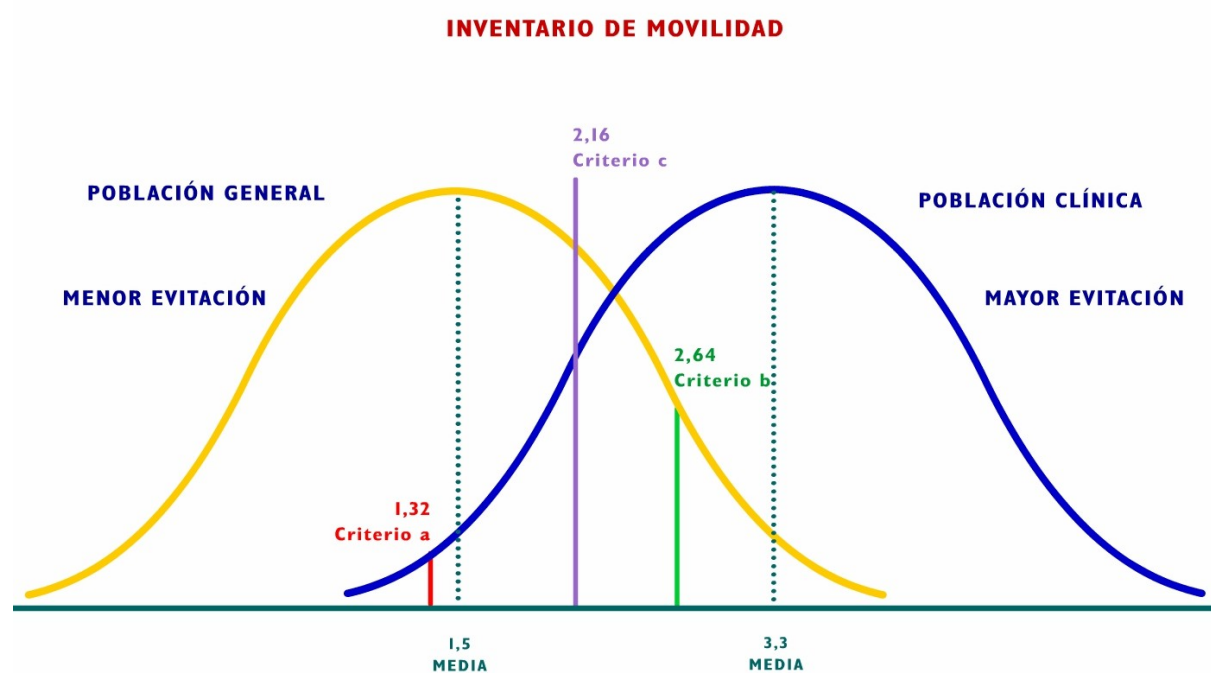
**RESPUESTA**

$$\text{Criterio } a = 3,3 - (2 \times 0,99) = 1,32$$

$$\text{Criterio } b = 1,50 + (2 \times 0,57) = 2,64$$

$$\text{Criterio } c = \frac{(3,3 \times 0,57) + (1,50 \times 0,99)}{(0,99 + 0,57)} = 2,16$$

En la siguiente gráfica pueden verse representados los tres criterios anteriores. El criterio *c* es el más recomendable, ya que las distribuciones de la población clínica y general se superponen.



Estos criterios también pueden utilizarse para valorar la **significación clínico-social de los resultados** obtenidos tras el tratamiento, tal como se explica a continuación.

## SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

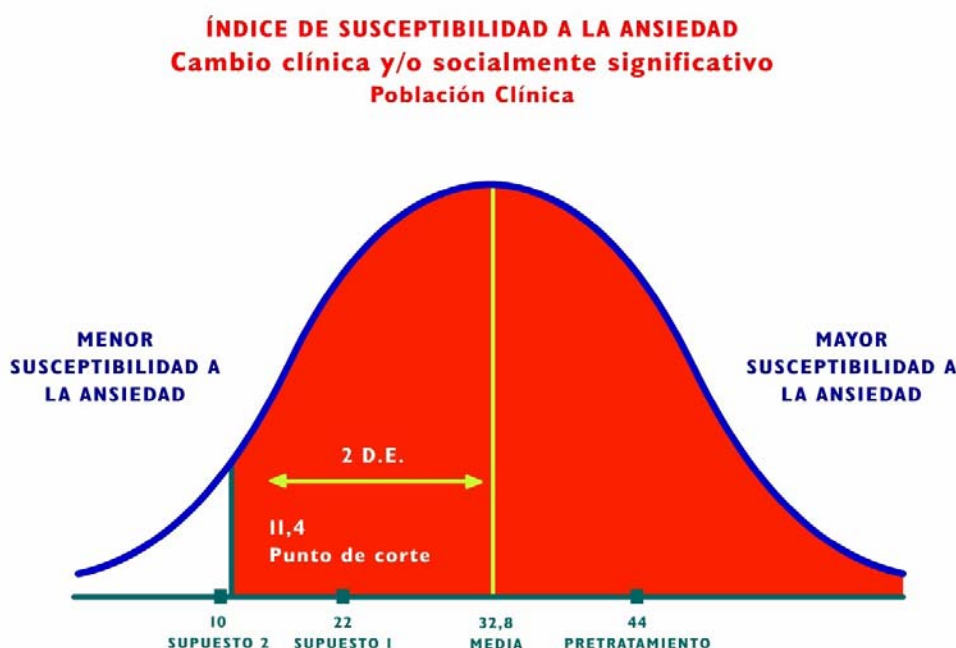
El objetivo del tratamiento es lograr un **cambio clínica y/o socialmente significativo**, es decir que desaparezcan o mejoren notablemente los problemas del cliente. Un modo de conseguir esto es comparar la puntuación obtenida por el cliente con la de un grupo normativo extraído de la población clínica, general o *sana*. En este último caso, el criterio para establecer si se ha logrado un cambio clínicamente significativo es más riguroso.

Para realizar esta **comparación normativa**, pueden emplearse los tres criterios antes mencionados:

- a) **Basarse en los datos de la población clínica de interés.** El nivel de funcionamiento en el postratamiento o seguimiento debe caer fuera de la amplitud de la población clínica. La puntuación obtenida debe estar por debajo de dos desviaciones estándar más allá de la media de la población clínica en la dirección del comportamiento deseable. Si la variable considerada **mide una característica negativa** (p.ej., depresión), se restan dos desviaciones típicas de la media de la población para calcular el punto de corte. La persona debe puntuar por debajo de este punto para considerar que está fuera de la población disfuncional. Si la variable considerada **mide una característica positiva** (p.ej., autonomía), se suman dos desviaciones típicas a la media de la población para calcular el punto de corte. La persona debe puntuar por encima de este punto para considerar que está fuera de la población disfuncional.

Como puede ver en la siguiente gráfica, el punto de corte en el Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad es 11,4.

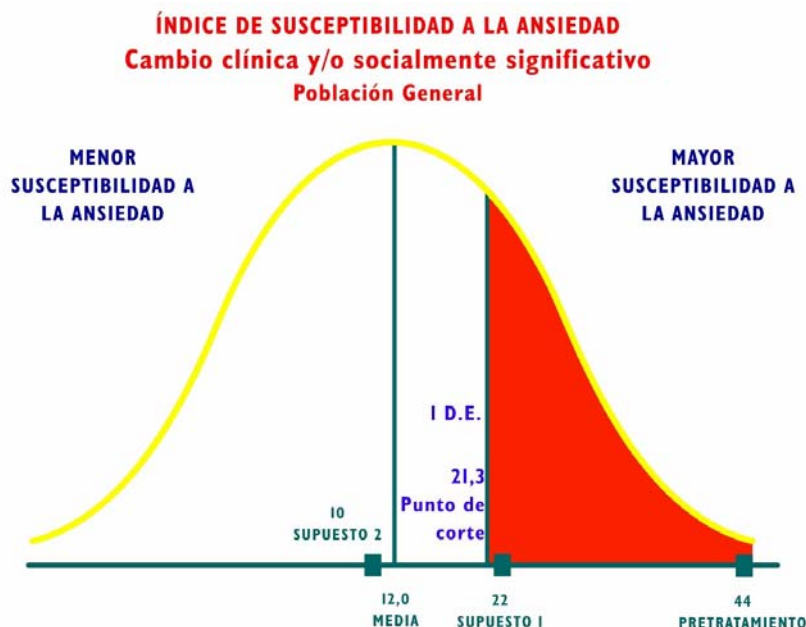
- **Supuesto 1.** La cliente obtiene en el postratamiento una puntuación de 22. A pesar de que la magnitud del cambio respecto al pretratamiento (puntuación 44) es notable, el nivel de susceptibilidad a la ansiedad continúa estando dentro de la población clínica.
- **Supuesto 2.** La cliente obtiene en el postratamiento una puntuación de 10. En este caso, el nivel de susceptibilidad a la ansiedad está fuera de la amplitud de la población clínica.



- b) **Basarse en los datos de la población general.** El nivel de funcionamiento en el postratamiento o seguimiento debe caer dentro de la amplitud de la población general. La puntuación obtenida debe estar por debajo de una desviación típica más allá de la media de la población general en la dirección de la patología. Si la variable considerada **mide una característica negativa** (p.ej., depresión), se suma una desviación típica a la media de la población para calcular el punto de corte. La puntuación de la persona debe ser igual o inferior a este punto para considerar que está dentro de la población general. Si la variable considerada **mide una característica positiva** (p.ej., autonomía), se resta una desviación típica a la media de la población para calcular el punto de corte. La puntuación de la persona debe ser igual o superior a este punto para considerar que está dentro de la población general.

Conviene tener en cuenta que utilizamos una desviación típica en vez de dos porque trabajamos con los datos de la población general, la cual incluye a personas que pueden tener el problema a nivel clínico o subclínico. En cambio, cuando se dispone de datos de la población funcional o *sana*, es más adecuado sumar o restar dos desviaciones típicas a la media en vez de una.

Como puede ver en la siguiente gráfica, el punto de corte en el Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad es 21,3. En el supuesto 1 (puntuación postratamiento 22) el nivel de susceptibilidad a la ansiedad de la cliente se encuentra fuera de la amplitud de la población general, aunque por poco, mientras que en el supuesto 2 (puntuación postratamiento 10) el nivel de susceptibilidad a la ansiedad de la cliente se encuentra dentro de la amplitud de la población general.

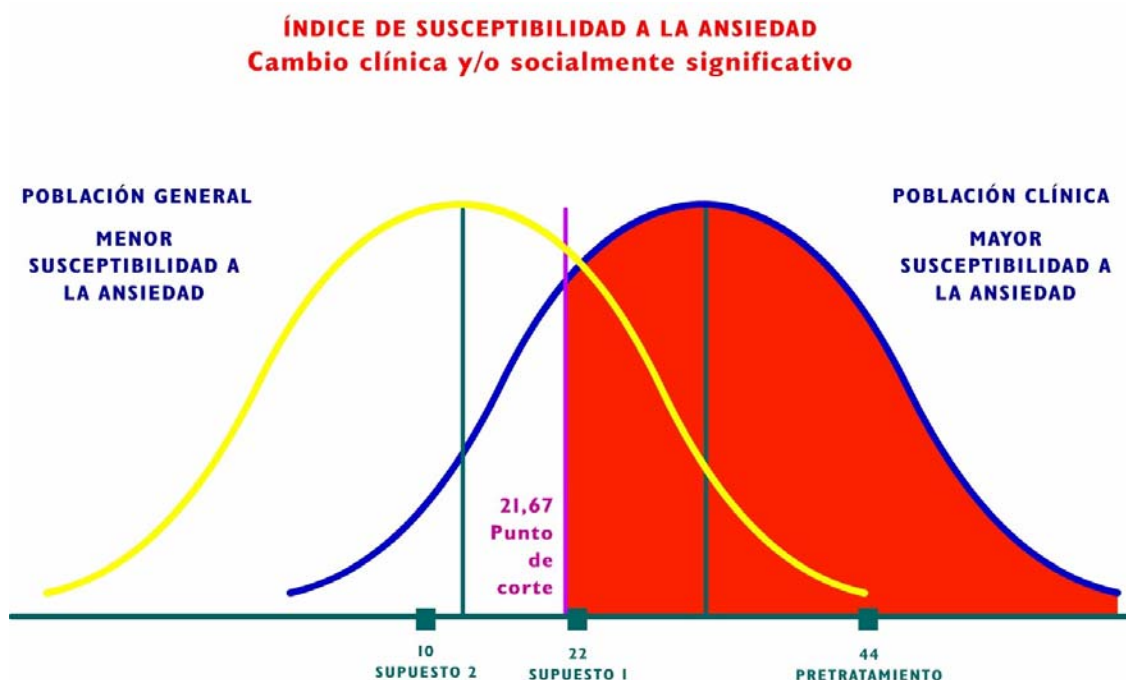


- c) **Basarse en los datos de la población clínica y de la población general.** El nivel de funcionamiento en el postratamiento o seguimiento es más probable que caiga en la distribución de la población general que en la de la población clínica. La puntuación obtenida debe sobrepasar el punto de corte que separa a estas dos distribuciones en la dirección del comportamiento deseable. Así pues, si la variable considerada **mide una característica negativa** (p.ej., depresión), la persona debe puntuar por debajo del punto de corte para considerar que es más probable que pertenezca a la población general. Si la variable considerada **mide una característica positiva** (p.ej., autonomía), la persona debe puntuar por encima del punto de corte para considerar que es más probable que pertenezca a la población general.

Como puede ver en la siguiente gráfica, el punto de corte en el Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad es 21,67.

- **Supuesto 1.** La cliente obtiene en el postratamiento una puntuación de 22 que es más probable que esté dentro de la amplitud de la población clínica. Sin embargo, la magnitud del cambio respecto al pretratamiento (puntuación 44) es notable y la puntuación se sitúa muy cerca del punto de corte.
- **Supuesto 2.** La cliente obtiene en el postratamiento una puntuación de 10. En este caso, el nivel de susceptibilidad a la ansiedad es más probable que esté dentro de la amplitud de la población general.

Cuando se dispone de datos de la población *sana*, puede calcularse un punto de corte del mismo modo que para la población general, aunque será más estricto. Por ejemplo, teniendo en cuenta que la media y la desviación típica de la población *sana* en el Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad son 8,2 y 5,1 respectivamente, el punto de corte es 16,14.



A continuación se indica **cuándo es recomendable utilizar cada criterio en el postratamiento o seguimiento** para evaluar la significación clínico-social:

- El criterio *a* es el menos aconsejable, pero puede utilizarse cuando no se dispone de datos de la población general.
- El criterio *b* parece el más recomendable cuando las distribuciones de la población clínica y general no se superponen.
- El criterio *c* es el más aconsejable cuando las distribuciones de la población clínica y general se solapan, lo cual es muy habitual.

Cuando la puntuación del cliente en el postratamiento o seguimiento cumple el criterio seleccionado, pero la magnitud del cambio es pequeña, debe valorarse la posibilidad de que dicho cambio sea debido simplemente al **error de medición** del instrumento utilizado.

El hecho de que un cliente cambie de modo clínicamente significativo en una medida deter-

minada no implica necesariamente que su problema haya desaparecido o mejorado sustancialmente. Por ejemplo, un agorafóbico puede dejar de tener ataques de pánico, pero mantener una elevada preocupación por tenerlos y continuar evitando muchas de las situaciones temidas. Para que exista un cambio clínicamente significativo es necesario que un cliente **mejore notablemente en los aspectos fundamentales** que definen su problema **y no sólo en uno de ellos**.

Existen **otros métodos** (además de la comparación con un grupo normativo) para valorar si un cliente ha logrado un cambio clínica y/o socialmente significativo:

- Comparar el funcionamiento del cliente en las conductas de interés con un **criterio** prefijado *arbitrariamente* por un grupo de **expertos**.
- **Evaluar la valoración subjetiva que hace el cliente o personas allegadas** sobre el grado en que ha cambiado en los problemas de interés (para mejor o peor) y/o el grado en que estos problemas siguen siendo importantes e incapacitantes.
- **Evaluación subjetiva específica que hacen jueces** que no conocen al cliente sobre el grado en que este ha cambiado en los problemas de interés (para mejor o peor) y/o el grado en que su funcionamiento es adecuado o presenta determinados problemas.



## APÉNDICE: ANÁLISIS FUNCIONAL TENTATIVO

A continuación se presenta la información condensada correspondiente a una primera sesión de entrevista con una cliente que presenta un problema de anorgasmia. Trate de identificar aquellas variables importantes que supuestamente podrían influir en la disfunción orgásmica de la cliente. Cuando termine, escriba cuáles son estas variables y cómo se relacionan entre sí; es decir, elabore un modelo explicativo tentativo de lo que le sucede a la cliente.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Luisa es una mujer de 32 años. Está casada y tiene dos hijos de 4 y 7 años. Acude a consulta porque no ha experimentado nunca orgasmos y, debido a ello, cada vez está menos interesada en el sexo. Esto está influyendo en las relaciones con su marido.

#### **Delimitación, determinantes y repercusiones del problema.**

Luisa dice que siempre ha tenido un interés normal por el sexo; especialmente le atrae la etapa de seducción y juego amoroso. Cree que es capaz de excitarse pero en la actualidad ha perdido casi totalmente el deseo de mantener relaciones sexuales. Desde el inicio, siempre sentía más atracción “intelectual” hacia su marido que no física. Actualmente tampoco se siente muy atraída físicamente por él. En general, su relación de pareja es buena, aunque cree que su nivel de comunicación es escaso y le recrimina que se dedica poco a ella y a sus hijos porque se pasa todo el día trabajando.

En la actualidad mantiene relaciones sexuales una vez al mes, aproximadamente. Estas relaciones siempre acaban con el coito y no son demasiado satisfactorias para Luisa. Éstas se suelen desarrollar siempre del mismo modo: el día que deciden mantener relaciones sexuales se quitan la ropa rápidamente los dos, no hacen ningún tipo de juego previo y su marido se coloca encima suyo eyaculando al cabo de pocos minutos. Tampoco hay apenas contacto una vez que su marido ha eyaculado. Cuando mantienen relaciones sexuales, la postura casi siempre es la misma. Alguna vez ha intentado ponerse de lado o ella encima y comenta que ella está un poco más cómoda de este modo porque así no siente tanto el peso de su marido.

Luisa informa que hay una serie de aspectos que influyen en que sus relaciones sean un poco más satisfactorias, como por ejemplo:

- Tener juegos previos más prolongados (aunque pocas veces han llevado esto a la práctica ya que a su marido no le acaban de gustar los juegos previos y a Luisa tampoco le resulta gratificante como los lleva a cabo su marido, ya que éste es un poco brusco).
- Estar en épocas de vacaciones, ya que tanto ella como su marido están más relajados.
- Que sus hijos no estén en casa (esto únicamente sucede cuando los niños se van al pueblo con los abuelos 2 semanas en verano).
- Sentirse bien consigo misma (sentirse atractiva).

Por otra parte, Luisa se masturba ocasionalmente, una vez al mes más o menos. Normalmente, lo hace estirada en la cama, antes de que su marido se vaya a dormir, y se hace masajes frotándose los genitales. En general, la masturbación le resulta placentera aunque no ha experimentado nunca un orgasmo.

Desde el punto de vista de Luisa, para que una relación sexual fuese ideal debería iniciarse con caricias y besos. Para ella sería preferible que el juego previo durase bastante tiempo y se hiciese de forma pausada. Por otra parte, le gustaría que la supiesen acariciar “bien”, ya que cree que su marido es incapaz de hacerlo adecuadamente, es muy brusco y centra todas sus caricias en los genitales y en los pechos. Asimismo, cree que sentirse atraída por su pareja (tanto física como emocionalmente) es fundamental para poder tener una relación sexual satisfactoria. Por otra parte, Luisa tiene algunas creencias erróneas respecto a lo que debe ser una relación sexual: cree que en

cada relación debería tener varios orgasmos y que éstos deberían ser duraderos.

Con relación a su educación sexual, Luisa informa que ésta fue muy estricta por parte de sus padres y en su ámbito familiar, nunca se llegó a hablar abiertamente del tema. Asimismo, tampoco recuerda haber recibido ninguna educación sexual en la escuela. En su casa, se sentía muy controlada por su madre y se le inculcaba un gran temor a quedarse embarazada. De hecho, cuando ella era adolescente su madre siempre controlaba si tenía o no la regla. Hasta que no inició sus estudios superiores no tuvo información concreta sobre sexualidad y ésta la obtuvo fundamentalmente de libros de divulgación. Como consecuencia de este tipo de educación, desarrolló, una actitud negativa hacia el sexo, que cree que ha ido superando a lo largo de los años.

### **Historia del problema**

Recuerda haber empezado a masturbarse a los 15 años, aunque con sentimientos de culpa. Señala que durante esa época también experimentó una experiencia negativa en la que un dependiente de un comercio cercano le acarició los genitales sin que ella lo hubiese consentido. Recuerda que este hecho le hizo sentirse muy mal y a raíz de esto evitaba quedarse a solas con un hombre mayor que ella. Aunque estos tocamientos le afectaron durante una época (unos 6 meses), en la actualidad cree que no le afecta.

A los 19 años se inició en las relaciones sexuales con su primera pareja. Estas fueron poco gratificantes. Incluso, recuerda que las primeras relaciones con penetración fueron un poco dolorosas (según explica, estaban los dos muy excitados y su pareja enseguida iniciaba la penetración y eyaculaba a los pocos minutos). Desde entonces, tuvo dos parejas sexuales más, aunque esporádicas, antes de conocer a su marido. En sus primeros contactos sexuales tenía mucho miedo a quedar embarazada porque no utilizaba ningún tipo de método anticonceptivo. Posteriormente, empezó a utilizar alguno, pero esto tampoco ayudó a que las relaciones sexuales fuesen más gratificantes.

### **Tratamientos previos y actuales**

Luisa no ha seguido ningún tratamiento hasta el momento a pesar de que siempre ha creído que su problema sexual era debido a alguna causa física. Sin embargo, en las exploraciones ginecológicas que le han hecho no han detectado ningún problema médico que pudiese explicar sus problemas sexuales.

Por lo demás, los únicos intentos que ha hecho por su cuenta para solucionar han consistido básicamente en leer libros o revistas de divulgación que le pudiesen aportar información sobre sexualidad. Asimismo, también ha intentado hablar alguna vez con su marido para proponerle hacer algunas cosas diferentes en sus relaciones sexuales, pero Luisa comenta que “se siente muy violenta” hablando de estos temas y que pocas veces ha conseguido hablar abiertamente de ello. Cree que su marido no sabe realmente el tipo de relaciones que a ella le gustaría. A propuesta de su marido, también ha intentado excitarse viendo películas pornográficas, lo cual tampoco ha resultado eficaz.

### **Enfermedades físicas y motivación**

Luisa no tiene ni ha tenido ninguna enfermedad destacable ni toma en la actualidad ninguna medicación. Luisa dice estar muy interesada en solucionar este problema ya que no desea que interfiera en su relación de pareja.

---

## <sup>1</sup> LOS FINES DE LA EVALUACIÓN

Fernández-Ballesteros (1993, pág. 58) ha definido la **evaluación psicológica** como "*aquella disciplina de la Psicología que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de un cliente (o un grupo especificado de clientes) con el fin de describir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar y controlar tal conducta*".

Desde una perspectiva más clínica, **puede definirse la evaluación como** aquel proceso a través del cual se trata de identificar, especificar y cuantificar las conductas objeto de estudio – motoras, cognitivas, autonómicas, emocionales– así como las variables ambientales y personales relacionadas con ellas (en el pasado y/o en el presente), **con la finalidad de explicar y modificar** el comportamiento o llevar a cabo cualquier tipo de análisis o intervención psicológica: **diagnóstico, pronóstico** (predecir la evolución de un problema), **orientación** (aconsejar cierto tipo de terapia, ayudar a una pareja a decidir si se separa o no), **selección** (elegir o no a una persona para un determinado tratamiento a investigar), **valoración de los resultados** conseguidos con la intervención. Estas finalidades prácticas implican las operaciones básicas de descripción, clasificación, explicación, predicción y/o control.

En concreto y desde una perspectiva clínica, **los fines de la evaluación** pueden ser los siguientes:

- Identificar los **problemas** actuales y/o pasados de un cliente, describirlos y especificarlos.
- Identificar y especificar aquellas **variables ambientales y personales** que contribuyen a mantener los problemas del cliente y aquellas que pueden explicar el surgimiento y desarrollo de los mismos.
- Identificar **recursos y limitaciones** del cliente.
- Formular una o más **hipótesis explicativas** que den cuenta de los problemas del cliente.
- Identificar los **objetivos** que el cliente quiere conseguir.
- Permitir el **diseño** de un programa de **tratamiento** individualizado que tenga en cuenta los datos obtenidos.
- **Valorar si el tratamiento se aplica del modo debido** y, en caso contrario, identificar los motivos y permitir las acciones pertinentes.
- **Valorar los resultados que se van consiguiendo** con el tratamiento y, en caso necesario, permitir la introducción de modificaciones en el mismo o el cambio de intervención.
- **Valorar los resultados conseguidos** al final del tratamiento y el grado en que se han conseguido los objetivos terapéuticos propuestos.
- **Valorar el mantenimiento** de los resultados conseguidos.

<sup>2</sup> Otros **ejemplos de creencias** relacionadas con diversos aspectos son:

- **Tristeza:** a) para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga, b) no puedo vivir sin ti, c) si alguien se muestra en desacuerdo conmigo, significa que no le gusto.
- **Aceptación:** a) no soy nada a no ser que me quieran, b) crítica significa rechazo personal, c) siempre hay que complacer a los demás.
- **Competencia:** a) sólo hay ganadores y perdedores en la vida, b) si cometo un error, he fracasado, c) los éxitos de los demás quitan valor a los míos, d) tengo que hacer las cosas perfectamente, e) si algo no es perfecto, no es bueno.
- **Responsabilidad:** a) soy el principal responsable de que los otros se lo pasen bien cuando están conmigo, b) soy el principal responsable de cómo son mis hijos.
- **Control:** a) soy el único que puedo solucionar mis problemas, b) tengo que mantener el control todo el tiempo, c) si intimo demasiado con alguien, me controlará.
- **Ansiedad:** a) debo estar tranquilo siempre, b) es peligroso tener síntomas de ansiedad.
- **Comunicación interpersonal:** a) es infantil o inapropiado expresar los sentimientos positivos, b) no se puede decir *no* de un modo amable, c) las opiniones de uno no son tan valiosas como las de los otros, d) la gente no le aprecia a uno si se muestra desacuerdo con algo de lo que dicen.

<sup>3</sup> Es decir:

- Tomando como punto de partida el número de veces que aparece el antecedente, hay que determinar el número de veces en que se da la conducta y calcular el porcentaje correspondiente.
- Además, hay que hacer lo mismo, pero tomando como punto de referencia el número de veces que **no** aparece el antecedente. Luego, hay que comparar los dos porcentajes.

<sup>4</sup> La contingencia es **positiva** si la primera probabilidad es mayor que la segunda y **negativa** en caso contrario. La contingencia es completa o **perfecta** cuando una de las dos probabilidades es cero y la otra es mayor que cero.

Veamos dos **ejemplos**. Un cliente presenta dolor de cabeza el 90% de las veces tras una discusión con su pareja. Saber simplemente esto no es suficiente para concluir que la discusión conyugal es un antecedente del dolor. Es necesario establecer además que el dolor de cabeza aparece un porcentaje de veces mucho menor (p.ej., 50% o menos) cuando no hay discusiones conyugales. Si el dolor de cabeza apareciera también el 85% de las veces en que no hay discusiones conyugales, la conclusión sería que estas discusiones no son una variable relevante. Es decir, no habría relación entre estas y el dolor de cabeza, ya que la persona tiene la misma probabilidad de sufrir este dolor cuando hay discusiones que cuando no las hay. En cambio, cuanto mayor sea la diferencia entre los dos porcentajes, más depende la ocurrencia de la conducta de la del antecedente.

Supongamos ahora que el dolor de cabeza se da el 30% de las veces que hay discusión marital y el 5% de las veces que no hay dicho tipo de discusión. Puede decirse entonces que dicho dolor depende en parte de la ocurrencia de discusiones maritales. Si el segundo porcentaje fuera 0%, la contingencia sería perfecta, mientras que si fuera 30%, no habría contingencia: el dolor de cabeza y las discusiones maritales no tendrían nada que ver, ya que la persona tendría la misma probabilidad de sufrir este dolor cuando hay discusiones que cuando no las hay. Por otra parte, **si hay contingencia y el primer porcentaje no es muy alto**, quiere decir a) que la probabilidad de la **conducta depende de ciertas características del antecedente** identificado (p.ej., contenido o intensidad de la discusión marital) **y/o** b) que **otros factores antecedentes deben interactuar con el identificado** para dar lugar a la conducta (dolor de cabeza), ya que esta no se da muchas de las veces después de la ocurrencia de aquel. Además, si el segundo porcentaje fuera significativamente mayor que cero, habría, además del identificado, otros antecedentes del dolor de cabeza.

En segundo lugar, se busca establecer para cada par de acontecimientos (p.ej., un antecedente y una conducta) no sólo la probabilidad de que la conducta problemática siga a un determinado antecedente, sino también la **probabilidad (porcentaje de veces) de que la conducta sea precedida por dicho antecedente**. Es decir, tomando como punto de partida el número de veces que aparece la conducta problemática, hay que determinar cuantas de estas veces fueron precedidas por el antecedente; esto da una idea de la importancia de este. Así, es posible que el dolor de cabeza ocurra el 90% de las veces en que ha habido una discusión marital, pero que sólo el 27% de los dolores de cabeza se vean precedidos por dichas discusiones (por tanto el 73% no van precedidos por ellas). Si sólo se considera el primer porcentaje, algunos podrían pensar que las discusiones maritales serían las responsables principales del problema. Sin embargo, el segundo porcentaje indica que existen otros antecedentes importantes del dolor de cabeza (p.ej., problemas económicos, exceso de trabajo) que habría que descubrir. Consideremos los siguientes datos de un cliente obtenidos a lo largo de 3 meses.

|                      | Número de días | Nº de días con dolor de cabeza | Porcentaje de días con dolor de cabeza |
|----------------------|----------------|--------------------------------|--|
| Con discusión previa | 20             | 18                             | 90%                                    |
| Sin discusión previa | 160            | 48                             | 30%                                    |

Según estos datos, el dolor de cabeza ocurre el 90% de los días en que ha habido una discusión marital y el 30% de los días en que no ha habido tal discusión. Ahora bien, de los 66 días con dolor de cabeza, sólo el 27,3% (18 de 66) fueron precedidos por discusiones conyugales; por tanto el 72,7% (48 de 66) no fueron precedidos por ellas.

<sup>5</sup> En **Fernández-Ballesteros (1994, págs. 91 y 148)**, pueden verse ejemplos de hipótesis presentadas en forma gráfica. En el ejemplo de la pág. 91 pueden verse relaciones causales bidireccionales (p.ej., entre  $Y_1$  e  $Y_2$ ); múltiples variables dependientes e independientes y múltiples vías causales (aunque la diferenciación entre estos dos tipos de variables es más convencional que real cuando se postulan relaciones bidireccionales); los pesos relativos de las relaciones causales; relaciones mediadas (p.ej.,  $X_2 \rightarrow X_6 \rightarrow Y_2$ ); relaciones causales entre conductas problemáticas ( $Y_1$  e  $Y_2$ ); relaciones funcionales no causales ( $X_4 \leftrightarrow X_5$ ).

Existe una relación funcional cuando dos o más variables tienen varianza compartida. Haynes y O'Brien (1990) han señalado varias **características básicas de las relaciones funcionales**:

- Las relaciones funcionales implican sólo una covarianza entre variables, de modo que las relaciones pueden ser **causales o correlacionales**; de todas formas, son las primeras las que interesan de cara al tratamiento. Por otra parte, las **variables** pueden ser por un lado **controlables o no**; y por otro, **importantes o triviales** según el tanto por ciento de varianza que expliquen en la relación (o en el modelo multicausal).
- Las **relaciones funcionales causales requieren** a) que la variable independiente (VI, acontecimiento causal) preceda en el tiempo a la variable dependiente (VD, acontecimiento causado), b) que la probabilidad de cambio en la VD dado un cambio en la VI sea significativamente diferente de la probabilidad de cambio en la VD dada una ausencia de cambio en la VI, y c) que se excluyan explicaciones alternativas de las relaciones observadas.
- Las relaciones funcionales causales pueden serlo **recíproca o bidireccionalmente**. La evitación agorafóbica puede llevar a la depresión y/o esta puede conducir a la evitación

agorafóbica.

- Las relaciones funcionales causales **no tienen por qué ser lineales**, sino que pueden asumir una forma cuadrática, parabólica, logarítmica o bifásica; por ejemplo, existe una relación de *u invertida* entre el rendimiento y el grado de activación. Por otra parte, las relaciones causales puede presentar **efectos de suelo o de techo**.
- Una relación causal puede estar **en efecto sólo cuando se ha sobrepasado un nivel crítico** de la variable causal. Así, puede descubrirse una relación causal entre conflicto marital y ataques de pánico sólo cuando el primero alcanza una cierta magnitud.
- Las relaciones funcionales **no son excluyentes**. Una relación entre una VD (p.ej., depresión) y varias VI (neurotransmisores) no impide que haya otras relaciones funcionales importantes entre dicha VD y otras VI (cogniciones negativas, pérdida de reforzamiento social). Así pues, una conducta puede tener, y de hecho frecuentemente tiene, **múltiples causas**, las cuales pueden **interactuar o tener efectos aditivos o sinérgicos**; la importancia o peso de estas causas varía según las personas.
- Las relaciones funcionales causales entre dos variables **pueden estar mediadas por otras variables**. Así, el que un cliente con trastorno de pánico interprete más o menos catastróficamente ciertas sensaciones corporales dependerá de las explicaciones que tenga para estas y de la presencia de señales de seguridad (p.ej., una persona de confianza).
- Las relaciones funcionales son siempre **probabilísticas** en vez de deterministas.
- Las relaciones funcionales **pueden variar con el tiempo**, tanto por lo que respecta a las VI relacionadas con la VD como a la fuerza de la relación. Así, las respuestas de dolor inicialmente inducidas por factores orgánicos pueden terminar por ser mantenidas principalmente por factores sociales.
- Las relaciones funcionales tienen **dominios o límites de funcionamiento** (p.ej., contextos). Es decir, son válidas solamente bajo ciertas condiciones y situaciones. Por ejemplo, la relación entre baja autoeficacia y recaída en el caso de la drogodependencia se da solamente en un ambiente en el cual la droga está disponible.
- Una **variable independiente** en una relación funcional puede ser **necesaria, suficiente, necesaria y suficiente o ni necesaria ni suficiente** (p.ej., correlacional).
- **Las variables funcionales varían en su nivel** (individual, interpersonal, social) y deben ser utilizadas en el más pertinente para cada aplicación (individuos, grupos, comunidades). Por ejemplo, la evitación agorafóbica puede estar relacionada con variables de macronivel (clase social, etnia) y con variables de micronivel (miedo a los ataques de pánico). Las primeras pueden interesar más al sociólogo o al psicólogo comunitario y las segundas al psicólogo clínico.
- Todas las relaciones funcionales pueden describirse **matemáticamente**.

Existen muchas posibles relaciones funcionales en cada caso. Sin embargo, el terapeuta está primordialmente interesado en aquellas variables importantes y controlables cuya manipulación dé lugar a un cambio clínicamente significativo. Haynes y O'Brien (1990, pág. 654) definen el **análisis funcional como la identificación de relaciones funcionales causales, importantes y controlables, aplicables a un conjunto especificado de conductas objetivo de un determinado cliente**. Las relaciones funcionales no se limitan a aquellas entre VI y VD, sino que **incluyen**

---

**también las relaciones entre variables causales** o VI. Así, un insomnio puede ser una función de un estado depresivo y de un desajuste marital, pero además este último puede ser una variable causal para el estado depresivo o estar correlacionado con este. Haynes (2005) describe los pasos a seguir para elaborar un análisis funcional.

<sup>6</sup> Otro problema con los datos normativos es que las condiciones en las que se obtienen en la población funcional y disfuncional no son las mismas. (Kazdin, 1999). Los de la población funcional raramente están basados en personas que hayan sido evaluadas en dos momentos diferentes. En contraste, los datos de la población disfuncional suelen obtenerse en un contexto de evaluación del tratamiento y con evaluaciones repetidas (pre- y postratamiento). Esto hace que la puntuación postratamiento de los pacientes no sea necesariamente comparable con la obtenida en la población funcional.

<sup>7</sup> Seggar, Lambert y Hansen (2002) consideran que el empleo de intervalos de confianza es redundante cuando se emplea el índice de cambio estadísticamente fiable (ICEF), ya que la fórmula para calcular un intervalo de confianza es el punto de corte  $\pm 2$ ICEF. Si se usa un intervalo de confianza, significa que la puntuación de un paciente debe cambiar al menos la magnitud del ICEF y que no puede comenzar dentro de la amplitud determinada por el ICEF al utilizar el punto de corte como punto medio. Sobrepasar el punto de corte y conseguir un cambio superior al ICEF es suficiente para determinar la significación clínica. Además, si se usaran intervalos de confianza, los datos de los pacientes que cayeran dentro de los mismos no podrían emplearse.

<sup>8</sup> Himadi, Boice y Barlow (1986) proponen que el estatus de estado final de funcionamiento es significativo sólo para aquellos clientes que responden al tratamiento. En otras palabras, **los criterios de estado final de funcionamiento deben aplicarse sólo a los clientes que responden o mejoran con el tratamiento**. De este modo, el logro de un estado final de funcionamiento elevado depende de cambios notables durante el tratamiento y no de pequeños cambios en clientes que estuvieran ya en el pretratamiento cerca de dicho estado final de funcionamiento.