

## **BLOQUE 1**

---

### **ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS**



# La Evaluación Clínica: Introducción a los Aspectos Conceptuales y Técnicos Básicos

# 1

Miguel Ángel Carrasco Ortiz

## RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- 1. Introducción**
- 2. Evaluación Clínica: Delimitación, Objetivos y Proceso**
- 3. Criterios de Calidad Científica y Ética: Evaluación Basada en la Evidencia**
  - 3.1. Evidencias de Calidad Científica de las Técnicas e Instrumentos de Evaluación
  - 3.2. Criterios de Calidad Científica del Proceso de Evaluación
  - 3.3. Criterios de Calidad Ética en la Evaluación Clínica
- 4. Principales Técnicas e Instrumentos de Evaluación**
- 5. Historia Clínica**
- 6. Exploración Psicopatológica**
- 7. Habilidades Comunicacionales del Evaluador en el Contexto Clínico**
- 8. El Informe Clínico: la Comunicación de Resultados**

## RESUMEN

## EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

## RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Delimitar los objetivos de la evaluación y las fases que se derivan de la implementación del proceso de evaluación en el contexto clínico.
  - Aplicar los criterios de calidad científica propuestos por la aproximación de la Evaluación Basada en la Evidencia a los instrumentos y al proceso de evaluación.
  - Mantener una actitud deontológica apropiada con relación a las acciones que implica el proceso de evaluación y la atención clínica.
  - Conocer las habilidades comunicativas e interpersonales que favorecen la relación evaluador-evaluado.
  - Manejar convenientemente las herramientas básicas de evaluación, especialmente la entrevista y observación para la realización de la historia clínica y la exploración psicopatológica.
  - Aplicar los criterios técnicos (formales, de estilo y estructura) y éticos a la comunicación de resultados mediante informe oral o escrito en el contexto clínico.
-

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde que en 1896 Witmer, creador de la psicología clínica, estableciera una clínica en la Universidad de Pensilvania y hasta que en el año 1946 no se reconociera oficialmente la rama de la psicología clínica, no ha sido posible hablar de evaluación clínica como un área especializada de la evaluación psicológica. El primer trabajo atendido por Witmer en su clínica fue el tratamiento de un chico de 14 años con problemas de lectura hasta que progresivamente fue ampliando el personal de su clínica para tratar otros problemas psicológicos y escolares. En 1906 se creó la revista *Psychological Clinic* que sirvió de canal para la publicación de la descripción de los diferentes trastornos y tratamientos de la época. No obstante, desde la instauración oficial de la psicología clínica hasta nuestros días, en lo que a evaluación psicológica se refiere, ha existido todo un conjunto de valiosas contribuciones que históricamente han posibilitado la instauración de la evaluación psicológica actual como subdisciplina científica de la psicología. Baste brevemente con recordar alguna de las aportaciones más relevantes que contribuyeron al avance de la evaluación psicológica y sus logros actuales: a) el desarrollo de los tests para la medida de la inteligencia y de los problemas mentales a principios del siglo xx con autores como Mckeen Cattell, Alfred Binet y Simon o Lewis Terman; b) los servicios de evaluación para la selección de personal militar durante la Primera Guerra Mundial mediante los tests de inteligencia *Army Alpha* (para habla inglesa) y *Beta* (para no habla inglesa), en los que participaron autores destacados como Walter Dill Scott, Robert Yerkes o Arthur Otis; c) el trabajo de los psicólogos en los hospitales, terminada la guerra, para tratar los casos de estrés postraumático de los soldados entre cuyos representantes están Edward Thorndike y Robert Woodworth. Estos autores, entre otros, idearon protocolos para la evaluación de la inteligencia y la personalidad que permitieron atender las necesidades de los afectados por la guerra; d) Los avances en la evaluación de la personalidad y la creación de clínicas de psicología aplicada en los años 20 y 30; e) Las aportaciones del psicoanálisis con Freud, Jung, Meyer y Beers, y la de los neurólogos como Morton Prince. Aunque en todo este proceso la psicología clínica fue un campo de competencia muy reñido con los médicos y psiquiatras, será en la Segunda Guerra Mundial, cuando los psicólogos toman de nuevo las riendas de la atención e intervención psicológica. En 1946 cuando la incipiente Asociación Psicológica Americana (APA) reconoce en América un programa de formación específico para acreditar a los psicólogos clínicos apoyado por la administración de veteranos de

guerra y los servicios de salud pública es cuando se produce un empuje al reconocimiento oficial de esta especialidad y a su expansión. El desarrollo posterior de un código ético (*Ethical Standards of Psychologists*) para los psicólogos en 1953 y la primera revista para profesionales de la clínica (*Journal of Consulting Psychology*) junto con la División 12 de la APA (*Division 12. Society o Clinical Psychology Practice*) dentro de la que destaca la Sección 9 dedicada a la evaluación, contribuyeron a la expansión de la psicología clínica. Expansión que llega a su edad de oro en la década de los años 60 y 70 cuando los psicólogos clínicos americanos pueden prescribir medicación en el campo de los problemas psicológicos. Tarea, que por otra parte, aún no le está permitida a los psicólogos españoles.

Hoy la Psicología Clínica está reconocida como un área de especialidad dentro de la Psicología y, específicamente la evaluación clínica se enfrenta con diferentes retos futuros (Wood, Garb, Lilienfeld y Nezworski, 2002) entre los que destacan: la creación y el uso de protocolos de evaluación abreviados de mayor eficiencia, el abordaje de la evaluación multicultural, la generación de evaluaciones que permitan la selección y planificación de tratamientos de forma más consolidada, y el progreso en la precisión y validez del juicio clínico y la toma de decisiones. Respecto a este último aspecto, el uso de instrumentos validados y el uso de procedimientos estructurados para la formulación de casos son algunos de los retos que requieren un mayor perfeccionamiento.

## 2. EVALUACIÓN CLÍNICA: DELIMITACIÓN, OBJETIVOS Y PROCESO

La evaluación clínica en el marco de la disciplina psicológica se entiende como la evaluación que se realiza en el contexto de la Psicología Clínica. Más específicamente, es el proceso que se ocupa desde una aproximación científica a la exploración y análisis de la salud mental de una persona (o grupo de personas) con la finalidad última de tomar decisiones y resolver problemas para mejorar su comportamiento, su ajuste y adaptación al medio, y su satisfacción personal. Como en otros campos de la evaluación psicológica, los objetivos incluyen la descripción, clasificación, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración de los tratamientos o intervenciones aplicadas (Fernández-Ballesteros, 2004b). De esta definición es necesario subrayar, sus objetivos últimos (tomar decisiones y resolver problemas), el carácter procesual y dinámico, y la aproximación científica basada en la

evidencia. Su área de actuación es principalmente la salud mental, con el objeto de evaluar, diagnosticar y tratar los problemas psicológicos.

En el ámbito de la evaluación clínica tres serán los objetivos fundamentales del evaluador: (a) *delimitar y diagnosticar* el problema, lo que requiere describir las conductas, signos y síntomas problemáticos que las personas presentan, y/o clasificar su/s problemas de acuerdo con los sistemas clasificatorios al uso; (b) evaluar las variables implicadas en el origen y mantenimiento del problema para la *formulación del caso* (*Teoría del caso*) de donde se derivará la intervención; y (c) *valorar los resultados del tratamiento* y sus efectos tanto a lo largo del tratamiento (monitorización) como a medio-largo plazo (seguimiento).

Para la consecución de estos objetivos el evaluador implementará una secuencia interactiva y dinámica de actuaciones para la recogida sistemática de información, que denominamos *Proceso de Evaluación*. Se trata de un procedimiento organizado y pautado que vertebra la actuación del evaluador para contrastar las hipótesis formuladas, tomar decisiones y solucionar problemas. Este proceso transcurre desde el primer contacto que se establece con el evaluado hasta

la culminación de la evaluación o de la intervención terapéutica, si la hubiere.

La Sociedad Europea de Evaluación Psicológica propuso en sus Guías del Proceso de Evaluación (GAP) (Fernández-Ballesteros et al., 2003) 4 grandes fases para organizar este proceso: (1) análisis del caso; 2) organización e información de los resultados e información al cliente o sujeto; 3) planificación de la intervención; 4) valoración y seguimiento. En cada una de estas fases se describen las tareas y acciones que el evaluador ha de realizar a lo largo del proceso de evaluación y en las que se incluyen: la recogida inicial de información (especificación de la demanda y del problema), la formulación de hipótesis (diagnósticas y funcionales o explicativas), la deducción de enunciados verificables (operativización de las hipótesis en variables identificables y evaluables), la contrastación de hipótesis (medida de las variables mediante instrumentos y técnicas de evaluación) y la valoración de resultados de la intervención y su seguimiento (Fernández-Ballesteros, 2004 a y b; Fernández-Ballesteros et al., 2003; Moreno, 2005a).

Este proceso de evaluación se realizará de acuerdo con la evidencia científica disponible sobre los con-

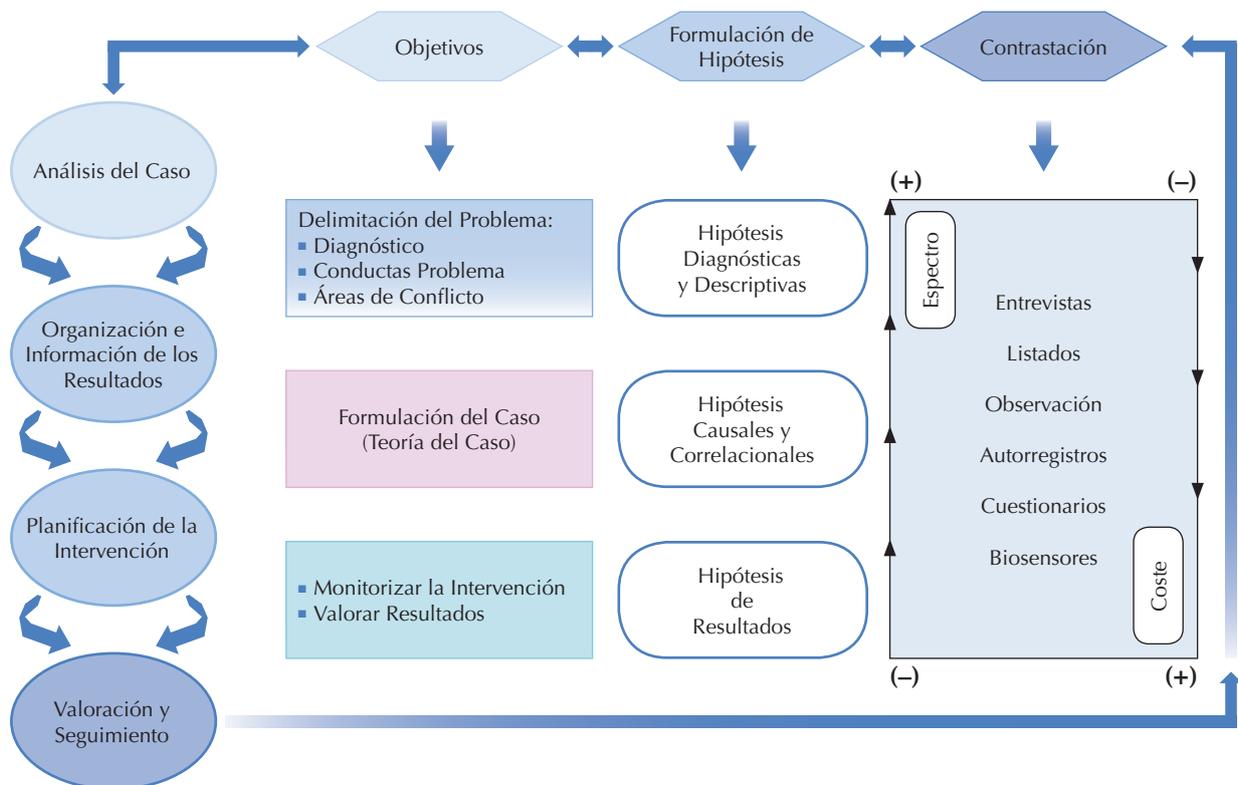


Figura 1.1

Proceso de Evaluación: Objetivos, Hipótesis y Contrastación.

tenidos teóricos procedentes de la psicología (e.g., psicología diferencial y de la personalidad, psicopatología, psicología básica, psicometría, etc..) y de la tecnología válida y fiable que proporciona el conjunto de técnicas, instrumentos y procedimientos existentes.

Las principales garantías de una evaluación científica están tanto en la precisión y validez de las medidas, como en la rigurosidad con la que el proceso de evaluación es implementado.

### 3. CRITERIOS DE CALIDAD CIENTÍFICA Y ÉTICA: EVALUACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA

La evaluación basada en la evidencia EBA (*EvidenceBasedAssessment*) consiste en el uso de la investigación y las teorías científicas como base para: a) la selección de los constructos a evaluar según los objetivos de evaluación establecidos; b) el uso de técnicas e instrumentos validados para su contrastación; y c) la implementación del proceso de evaluación (*Am. Psychol. Assoc. Presid. Task Force Evid.-Based Pract.* 2006; Hunsley y Mash, 2005). Se trata de desarrollar una evaluación clínicamente relevante, culturalmente sensible y científicamente fundada. La evaluación es finalmente un proceso de toma de decisiones en el que el evaluador reiteradamente formula y contrasta hipótesis integrando información a menudo incompleta e inconsistente. Una aproximación de la evaluación basada en la evidencia supone obtener criterios de precisión y utilidad de esta toma de decisiones, así como valorar sus costes y el impacto que los resultados obtenidos tienen sobre la persona evaluada (Hunsley y Mash, 2007). En la práctica clínica se traduciría en la aplicación de la evidencia científica a la resolución de problemas a partir de la experiencia del clínico, por una parte, y el contexto y los valores del cliente, por otra.

#### 3.1. Evidencias de Calidad Científica de las Técnicas e Instrumentos de Evaluación

Organismos internacionales como la *American Psychological Association*, la *American Educational Research Association* y el *National Council on Measurement in Education* (APA, AERA, NCME, 1999) han establecido los estándares científicos requeridos para considerar una medida psicológica adecuada. Por su parte, la Comisión Internacional de Test ITC (*International Test Commission*) proporciona los criterios exigidos para la traducción y adaptación de tests creados en países diferentes a los de la población evaluada (ITC, 2000, 2010), las normas de uso de los tests (ITC, 2001) y el uso de instrumentos informatizados de evaluación (ITC, 2005a, 2005b).

Existen tres referentes básicos para analizar la calidad de un instrumento de evaluación: el análisis de ítems, las evidencias acumuladas de fiabilidad y las evidencias acumuladas de validez (Barbero, Vila y Holgado, 2010; Martínez-Arias, 1995). En esencia, para que un instrumento sea psicométricamente sólido debe estar estandarizado y tener evidencias adecuadas de fiabilidad y validez. De acuerdo con Hunsley y Mash (2008), en la tabla 1.1 se describen los principales criterios psicométricos que deben ser considerados en el uso de instrumentos de evaluación clínica: medidas normativas, consistencia interna, fiabilidad interjueces, fiabilidad test-retest, validez de contenido y validez de constructo.

**Tabla 1.1 Principales Indicadores de Calidad Psicométrica para los Instrumentos de Uso Clínico**

Indicadores	Descripción
Medidas Normativas	Medidas de tendencia central y descriptivos obtenidos de muestras amplias clínicas y/o generales.
Consistencia Interna	Grado en que las puntuaciones del test están libres de error de medida. Generalmente se expresa mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (mínimo aceptable .70) o $KR_{20}$ para ítems dicotómicos.
Fiabilidad Interjueces	Grado de concordancia entre dos jueces en la obtención de una medida. Generalmente se expresa mediante la correlación de Pearson, correlación intraclase o Índice Kappa.
Fiabilidad Test-retest	Grado de estabilidad y convergencia de las puntuaciones repetidas de una misma medida separada por un intervalo temporal. Generalmente se expresa mediante correlación de Pearson.
Validez de Contenido	Grado de relevancia y representatividad de los contenidos medidos (ítems, dimensiones) de acuerdo al constructo que se pretende medir. Generalmente se obtiene por juicios de expertos, revisión bibliográfica, u observación de incidentes críticos (conductas prototípicas).
Validez de Constructo	Grado de adecuación, significado, utilidad y relevancia de las inferencias basadas en las puntuaciones de los instrumentos de medida. Incluye la validez de contenido. Se obtiene mediante análisis de estructura y dimensionalidad de la medida, y análisis predictivos, concurrentes y discriminantes.

Indicadores	Descripción
Validez de Generalización	Grado en el que la medida puede ser utilizada con diferentes grupos (e.g. nacionalidad, sexo, etnia, edad...) y en distintos contextos (e.g., casa, escuela, hospital, trabajo).
Sensibilidad al Tratamiento	Grado en que la medida refleja el cambio a lo largo del tratamiento y tras el tratamiento. Generalmente se expresa mediante diferencias de medias o de puntuaciones en medidas repetidas.
Utilidad Clínica	Grado en el que la medida atiende a consideraciones prácticas de buena eficiencia (coste-beneficios), facilidad de uso (administración, corrección e interpretación), aceptabilidad de los pacientes y relevancia clínica.

do, validez de constructo, validez de generalización, sensibilidad al cambio y utilidad clínica.

### 3.2. Criterios de Calidad Científica del Proceso de Evaluación

A lo largo del proceso de evaluación clínica hemos de tomar una serie de decisiones que afectarán al mayor o menor rigor de nuestros resultados: ¿cómo se realiza la evaluación? ¿Qué información y contenidos evaluar? ¿Qué métodos y fuentes seleccionar para la contrastación de las hipótesis? ¿Qué criterios clínicos usar para garantizar el suficiente rigor? A continuación se intenta dar respuesta a estas cuestiones con la finalidad de sugerir estrategias y criterios que aumenten la precisión y validez de la evaluación realizada.

#### *Instauración de un proceso sistematizado de recogida de información*

El primer criterio para favorecer la rigurosidad en la evaluación es la implementación de un proceso que sistematice el conjunto de actuaciones que el evaluador ha de realizar para el establecimiento de objetivos, la formulación de hipótesis y su contrastación (Fdez-Ballesteros et al., 2001, 2003; Moreno, 2005a). La evaluación no ha de ser ajena ni al evaluado, ni al contexto, ni al propio evaluador, quien debe contar con las habilidades competentes necesarias de escucha, empatía, pericia, optimización de la interacción con el evaluado, manejo de situaciones problemáticas, etc. Este proceso va más allá de la mera administración de instrumentos de evaluación y supone, además del análisis y la integración de la información obtenida (a veces inconsistente o contradictoria), el establecimiento de inferencias adecuadas de acuerdo a la demanda del evaluado (delimitación del problema), a los objetivos de la evaluación y a las hipótesis que pretendemos contrastar.

#### *Evaluación de los contenidos adecuados y relevantes a los objetivos e hipótesis de la evaluación*

La información recogida debe dar respuesta al problema planteado, los objetivos de la evaluación y las

hipótesis formuladas. Esta información, en el caso de la evaluación clínica, es fundamentalmente una información centrada en el sujeto, personalizada y referida a la casuística particular (*idiográfica*). Sin embargo, la acumulación de evidencias procedente del corpus teórico de nuestra disciplina nos proporciona conocimientos que nos permiten asociar la información particular a principios generales y asociaciones empíricamente establecidas en la investigación acumulada y disponible. Esta investigación nos sugiere poner la atención en determinados contenidos y no en otros, así como validar la información individual (propia del caso) con la ya establecida (procedente de la investigación). Por ello, recogeremos tanto información particular (e.g., autorregistros, biosensores) como información referida a determinados constructos teóricos para cuya evaluación se han diseñado instrumentos específicos a partir de muestras amplias (e.g., cuestionarios).

Además la información a la que hacemos referencia deberá ser tanto de carácter cualitativa (e.g., comportamiento no verbal durante la entrevista, patrón de interacción en la evaluación) como cuantitativa (e.g., intensidad de la sintomatología depresiva) y deberá abarcar contenidos referidos tanto al propio sujeto como al contexto personal-biográfico, familiar y laboral. La información relativa al sujeto deberá abarcar no sólo variables externas (e.g., conductas manifiestas) sino también atributos y características internas (e.g., rasgos de personalidad, emociones, creencias...).

Teniendo en cuenta las características antes mencionadas sobre la naturaleza de la información a recoger, en el proceso de una evaluación clínica los contenidos a evaluar pueden agruparse principalmente en tres:

- a) Contenidos relativos a la delimitación del problema y, si procede, del diagnóstico. Estos contenidos abarcan desde las conductas problema y las áreas de conflicto (e.g., familiar, laboral, etc...) hasta los signos, síntomas, síndromes y trastornos mentales. Esta información debe además contener parámetros de duración, frecuencia, e intensidad de los proble-

mas en sus diferentes modalidades (cognitiva, conductual, emocional) así como el impacto e interferencia en la vida y funcionamiento del evaluado. En los casos en los que se identifica un trastorno específico, este debe ser analizado en relación con dos parámetros fundamentales: su diagnóstico diferencial o grupo de trastornos con los que comparten determinadas características; y el patrón de comorbilidad (presencia simultánea de dos o más trastornos) con el que ese trastorno suele ser asociado. La comorbilidad es un fenómeno que alerta al evaluador del elevado riesgo de cronicidad, severidad y predisposición a la aparición de otras posibles alteraciones (Olatunji, Cisler y Tolin, 2010; Seligman y Ollendick, 1998). Por esta razón debe ser atendida para abordar el pronóstico del caso y su intervención. Conviene recordar, siguiendo la evaluación multiaxial propuesta por el DSM-IV (APA, 2000), la importancia de obtener información no sólo de los síntomas y síndromes sino también de las características desadaptativas de personalidad (Eje II), enfermedades y condiciones médicas (Eje III), problemas psicosociales y ambientales (e.g., acontecimientos vitales aversivos, dificultades familiares o laborales, falta de apoyo social, escasos recursos personales, fuentes de estrés, etc...) (Eje IV) y finalmente información sobre su nivel de funcionamiento y actividad general (Eje V).

b) Información relativa a la conceptualización del caso y planificación del tratamiento.

La formulación del caso individual se relaciona con el establecimiento de las hipótesis clínicas explicativas y la comprensión del funcionamiento del evaluado (Bruch y Bond, 1998; Eells, 1997; Hersen y Porzelius, 2001). Esta formulación deriva de los modelos explicativos de los diferentes trastornos que enfatizan las variables concretas y sus relaciones en función del problema a tratar (Westmeyer, 2003). En el caso de la psicología conductual, el análisis funcional (*Modelo analítico-funcional*) es una herramienta sistematizada que ha mostrado su utilidad para este fin (Haynes y Willians, 2003; Haynes, Godoy y Gabino, 2011), pero se han realizado aportaciones desde diferentes enfoques, como los *Modelos del UCL* (Bruch y Bond, 1998), desde una perspectiva dinámica, los modelos de solución de problemas y *mapa patogénico* (Nezu y Nezu, 1989), los modelos cognitivos (Persons, 1993), modelos sistémicos (Schiepek, 2003) o modelos constructivistas (Wagner, 2003).

Sin entrar en controversias sobre los modelos teóricos, hoy es aceptado por todos que la mayoría de los problemas psicológicos poseen múltiples causas y múltiples factores asociados que median y moderan las relaciones entre los agentes que los causan y los propios problemas. Es por ello que atendiendo a la investigación disponible, la conceptualización de un problema o trastorno debe considerar el máximo posible de constructos que lo expliquen. El evaluador deberá formular tantas hipótesis como constructos ha identificado y posteriormente debe analizarlas y contrastarlas.

El análisis de las hipótesis formuladas supone, al menos: (1) la identificación de las variables (personales y contextuales, pasadas y presentes) que explican el/los problemas; (2) establecer las variables más relevantes que en el caso particular (no necesariamente coincidentes con la literatura científica) inciden en el problema y excluir las menos relevantes que no contribuyen a la explicación del caso; (3) el establecimiento de la configuración de relaciones funcionales y conexiones entre las variables (e.g., causales, de covariación, mediación o moderación) y sus efectos en los diferentes contextos (e.g., casa, trabajo...) a modo de mapa conceptual o diagrama; (4) identificar las variables que son modificables (e.g., estado de ánimo) y no modificables (e.g., vulnerabilidad genética) para el diseño de la intervención.

c) Información relativa a la evolución y los efectos del tratamiento

De la formulación y conceptualización del caso y su posterior análisis se extraerán las variables que, por su relevancia y modificabilidad, pueden ser objeto de intervención. Además de las variables (personales, contextuales o interactivas) directamente implicadas en la formulación del caso, para explorar los efectos y seguimiento del tratamiento se evalúan indicadores globales de actividad, funcionamiento y de adaptación o interferencia en la vida y funcionamiento de la persona. En muchos casos, los efectos del tratamiento se evalúan obteniendo medidas postest tras la aplicación del tratamiento de las variables previamente evaluadas en la delimitación del problema o en su conceptualización (pretest). El análisis del cambio entre estas dos medidas (pretest-postest) es el indicador de evolución y cambio de la intervención. Para ello es importante que las medidas sean sensibles al cambio y haya evidencias previas de calidad psicométrica y utilidad para este fin.

*Selección adecuada de métodos de evaluación y fuentes informantes para la contrastación de las hipótesis*

La utilización de diversos métodos de evaluación (evaluación multimétodo) y de diferentes fuentes informantes (evaluación multifuente) es una de las reglas de oro que la mayoría de los evaluadores mantienen en la actualidad (Achenbach, 2009; De los Reyes y Kazdin, 2004; Garb, 2003; Meyer y Archer, 2001). No obstante y como he recogido en otro lugar (Carrasco, 2010), este principio debe mantenerse hasta que la investigación sobre validez incremental (grado en el que la inclusión de medidas a lo largo del proceso de evaluación mejore consistentemente las inferencias y toma de decisiones) proporcione evidencias sobre la combinación específica de fuentes y métodos que resulte más precisa, válida y útil para cada uno de los contenidos a evaluar. La simple combinación de medidas no debe ser asumida por defecto, debe ser demostrada empíricamente para cada objetivo de evaluación (McFall, 2005).

Citemos a este respecto algunos ejemplos de importancia para la evaluación clínica:

- Las entrevistas estructuradas para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), a pesar de su alta recomendación, no aportan validez incremental a los listados de síntomas informados por padres y profesores (ambos). Y ninguno de estos instrumentos aportan utilidad para el tratamiento frente a medidas de funcionamiento o habilidades adaptativas (Pelham et al., 2005). Por tanto, a la luz de este trabajo, completar escalas breves de síntomas por el profesor y los padres para el diagnóstico del TDAH, es suficiente y supone un menor coste. Si los padres no informan de síntomas no es necesario administrar el listado a los profesores, porque el diagnóstico sólo es válido si ambos (padres y profesores) lo confirman. Además se requiere el uso de otros instrumentos para la planificación del tratamiento y la evaluación de sus efectos.
- En el caso del despistaje del trastorno bipolar en jóvenes, la evaluación multifuente no ha mostrado validez incremental y ninguna de ellas se ha mostrado superior para este objetivo, es decir, que para el despistaje de este trastorno es suficiente obtener información de una sola fuente (Youngstrom et al., 2004).

Otros datos de interés a tener en cuenta en el uso combinado de diferentes instrumentos y fuentes son los recogidos en el monográfico sobre la Evaluación Basada en la Evidencia, publicado en *Psychological*

*Assessment*, 2005, vol. 17. Atendiendo a los resultados que inciden principalmente sobre la evaluación clínica (Garb, 2003; Hunsley y Meyer, 2003; Johnston y Murray, 2003) se desprenden las siguientes conclusiones: 1) el uso de pruebas proyectivas para la evaluación de la psicopatología con adultos no aumenta la validez incremental de los resultados obtenidos por instrumentos multidimensionales de síntomas como el MMPI-2, exceptuando los trastornos de personalidad antisocial y las alteraciones de pensamiento; 2) el uso combinado de entrevistas clínicas estructuradas con instrumentos específicos para la evaluación de un trastorno mental aumentan la validez incremental; 3) se recomienda como primera aproximación a los problemas clínicos, el uso de instrumentos estandarizados multidimensionales (e.g., MCMI-III) seguido de una entrevista pormenorizada sobre los problemas previamente identificados. Sin embargo, esta estrategia en relación con el diagnóstico tiende a producir un elevado aumento de falsos negativos (número de personas no diagnosticadas que padecen el trastorno) (Widiger y Samuel, 2005); 4) se recomienda el uso de entrevistas a familiares conjuntamente con las administradas al propio afectado; 5) la evaluación de las dimensiones básicas de personalidad normativa (ej., neuroticismo, extraversión...) contribuyen a la mejora de la validez del juicio clínico; 6) una evaluación centrada en múltiples constructos aumenta la predicción y validez de la misma.

*Criterios de coste, especificidad y validez incremental para la combinación e integración de los instrumentos*

A lo largo del proceso de evaluación se utilizarán diferentes técnicas e instrumentos. Generalmente, el proceso transcurre con el uso inicial de técnicas de *amplio espectro* o, baja especificidad y bajo costo (entrevista, autobiografía, listados generales de síntomas y conductas problema, escalas de apreciación etc.) hasta técnicas de un nivel mayor de especificidad y costo (autorregistros, observación sistemática, pruebas estandarizadas de ejecución, tests estandarizados de personalidad, cuestionarios o escalas de autoevaluación y escalas de apreciación).

Considerando los datos sobre validez incremental antes expuestos, se podría sostener para la evaluación clínica, la siguiente consigna general: 1) iniciar el proceso de evaluación con una entrevista clínica que incorpore medidas generales y multidimensionales de despistaje (e.g., SLC-90); 2) continuar con la aplicación de entrevistas estructuradas y cuestionarios específicos que aborden en profundidad el problema detectado (intensidad, gravedad, impacto) y permitan la delimitación del problema y la confirmación o no de un diagnóstico.

Para la conceptualización del problema se recomendaría la evaluación de los constructos relacionados con el problema mediante cuestionarios, autorregistros, observación y entrevistas *ad hoc* que exploren las relaciones entre las variables problemáticas identificadas.

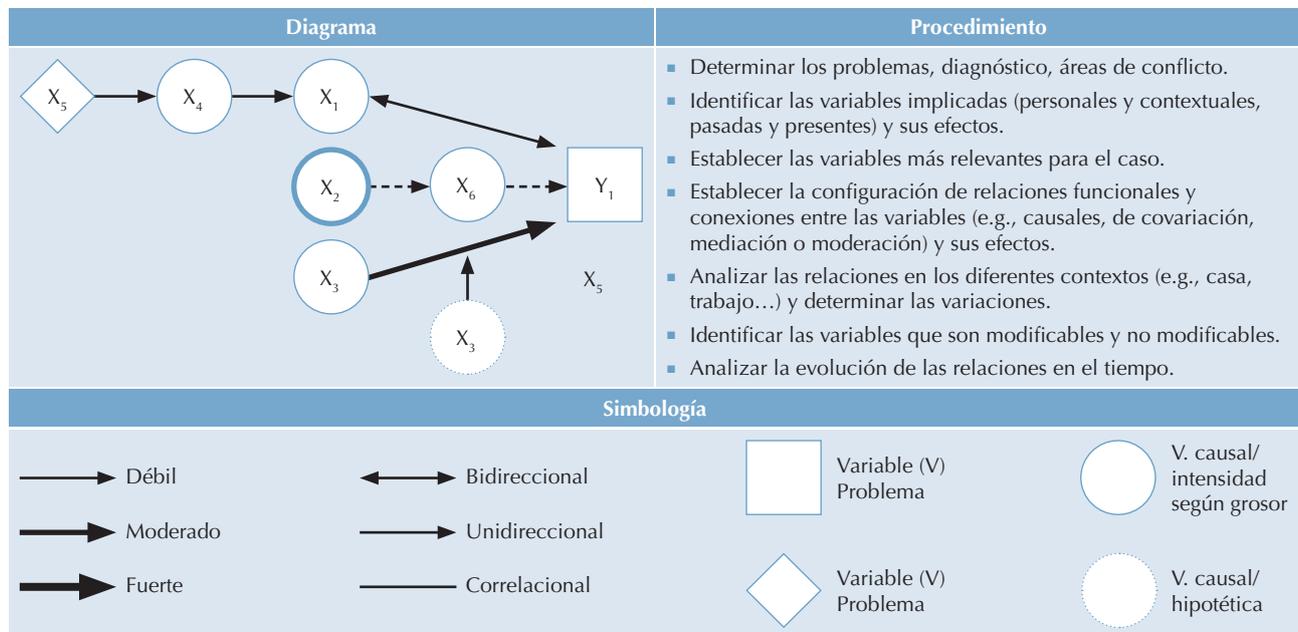
*Restricción y control de los sesgos del evaluador*

Abundante investigación ha puesto de manifiesto que la evaluación basada en instrumentos estandarizados y validados es más precisa que la evaluación basada en el juicio clínico (Strakowski et al., 1997). Los clínicos a veces infra-diagnostican (Zimmerman y Mattia 1999) o, a veces, sobre-patologizan a los pacientes (Kullgren et al. 1996). A pesar de esta evidencia, muchos evaluadores siguen basando sus diagnósticos e inferencias a partir de impresiones o valoraciones subjetivas. Es conocida la influencia que las creencias del evaluador, su orientación teórica, sus expectativas y atribuciones tienen sobre la elección de las variables a intervenir y las relaciones que entre éstas se establecen (Bell y Mellor, 2009; Elstein, Shulman y Sprafka, 1978; Garb, 1998, 2005; Godoy, 1996).

Algunos de los resultados que dan muestra de la inclusión de estos sesgos son la baja precisión en el juicio de los clínicos y su alta seguridad en los mismos, la similitud entre las predicciones del clínico y las realizadas en base al azar, la dificultad del clínico para estimar con probabilidades y el elevado número

de errores que comete. Entre los sesgos que se han señalado por parte del evaluador podemos mencionar (Angold y Fisher, 1999; Ezpeleta, 2001): *Representatividad heurística*, tendencia a percibir asociaciones entre variables a partir de la similitud existente entre estas (e.g., hiperactividad con agresión); *Disponibilidad heurística*, tendencia a basar los juicios en lo que resulta familiar y conocido; *Sesgo confirmatorio*, tendencia a buscar y seleccionar información que confirme el diagnóstico previamente establecido; *Ilusión de correlación*, tendencia a ver correlaciones donde no existen e ignorar las que existen; *Ilusión de aprendizaje*, tendencia a considerar que la experiencia aumenta la precisión del diagnóstico; *Efecto de primacía*, exceso de importancia de la información inicial; *Falacia de conjunción*, tendencia a considerar las hipótesis muy detalladas como más probables que las no detalladas; *Decisiones con información parcial*, tendencia a concluir un diagnóstico sin culminar la evaluación de áreas relevantes; *Combinación de la información a la medida*, tendencia a combinar la información para obtener las conclusiones esperadas.

La puesta en marcha de estrategias para la mejora y control de estos sesgos ha mostrado datos controvertidos y resultados poco eficaces (Godoy, 1996). No obstante, el evaluador puede considerar las siguientes recomendaciones (Arkes, 1991; Elstein, et al., 1978; Godoy, 1996; Spengler et al., 2009): (1) identificar las situaciones en las que aparecen los sesgos; (2) utilizar



**Figura 1.2**

Formulación y Conceptualización del Caso: Representación y Características.

además de adecuados instrumentos de evaluación, estrategias adecuadas para combinar la información obtenida e interpretarla convenientemente; (3) someterse a un entrenamiento específico y prolongado en el ámbito de competencia en el que se realice la evaluación; (4) recibir entrenamiento en la identificación de sesgos y errores más usuales en el evaluador; (5) aumentar y mejorar la retroalimentación que recibe el evaluador de sus informes con criterios externos; (6) ayudarse de sistemas complementarios al propio juicio, tales como instrumentos psicométricos, heurísticos, diseños experimentales, tablas de contingencia, guías, etc.; (7) evitar inferencias de alto nivel de abstracción que no puedan ser operativizadas; y (8) mejorar el razonamiento del evaluador: generar el mayor número de hipótesis posibles, jerarquizarlas según el grado de adecuación o compatibilidad con el caso; comprobarlas una a una; falsar las hipótesis más que verificarlas; trabajar con conceptos probabilísticos más que con juicios categóricos; y perder la confianza en la memoria (e.g., efectos de primacía, recencia y olvidos).

### 3.3. Criterios de Calidad Ética en la Evaluación Clínica

La ausencia de una actitud ética en la práctica profesional de un evaluador puede tener consecuencias perjudiciales para los usuarios (Knapp y VandeCreek, 2006; Muñiz, 2001) con el consiguiente deterioro de la imagen del psicólogo como profesional (Gregory, 2001a). Por esta razón diferentes organismos internacionales y nacionales han establecido pautas y estándares éticos para el ejercicio de la profesión psicológica, entre ellos: El Código Deontológico del Psicólogo (COP, 2010), El Código de Conducta y Principios Éticos de los Psicólogos de la Asociación Psicológica Americana (Sección 9, APA, 2002), los Estándares de la Evaluación Psicológica y Educativa (AERA, APA y NCME, 1999) para el desarrollo y uso de los tests en el contexto educativo, psicológico y laboral, la División 5 de la APA, dedicada a la evaluación la Medida y la Estadística y la Comisión *Test Force on Test User Qualifications* (TFTUQ) dedicada a la elaboración de guías para los usuarios de los tests.

La actuación del evaluador debe regirse por los principios éticos generales recogidos en nuestro Código Deontológico: beneficencia (realizar su trabajo de forma correcta) y no maleficencia (evitando no causar ningún perjuicio ni a su cliente ni a la comunidad), respeto, honestidad y sinceridad, acatamiento democrático y responsabilidad, independencia y autonomía, y lealtad interprofesional. Además son

de especial interés en particular con la evaluación, las temáticas referidas a la invasión de la intimidad, la comunicación de resultados e informes, la utilización de instrumentos empíricamente contrastados, la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos y la suficiente competencia profesional del evaluador.

A continuación se recogen de forma resumida algunas de estas áreas de contenido ético que el evaluador debe considerar en su actuación profesional:

- *Confidencialidad y secreto profesional.* El Psicólogo en su práctica profesional tiene el deber y el derecho de secreto profesional y, en este sentido, será portador de información confidencial que ha de preservar y proteger obligatoriamente en aras del derecho a la intimidad y privacidad de sus clientes.
- *Consentimiento informado.* El consentimiento informado hace referencia a la autorización mediante la cual el usuario permite, bien ser atendido o evaluado, o bien, que sean atendidas o evaluadas aquellas otras personas de las que él es responsable legal. Este consentimiento debe incluir no solo un consentimiento verbal sino preferentemente escrito.
- *Invasión de la personalidad.* El rol de «autoridad» que confiere al psicólogo la relación especial con su cliente le posibilita una mayor capacidad de influir en el otro y obtener información personal, privada e íntima de éste. Con objeto de no incurrir en un exceso de intromisión en la vida privada de la persona, la evaluación debe regirse por los principios de *adecuación* (evaluar e informar de forma pertinente y ajustada a los motivos y finalidades de la exploración) y *consentimiento con conocimiento*.
- *Competencia y rigor científico.* El psicólogo debe cumplir con la acreditada formación y experiencia en el área en la que profesionalmente ejerce para proveer el mayor rigor científico a su actuación profesional.
- *Protección de datos personales y documentación.* El evaluador debe garantizar la custodia y protección profesional de los datos personales sobre terceros en condiciones de riguroso control y secreto para que sean tratados de modo leal sobre la base de su consentimiento. Esto debe cumplirse de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal, desarrollada en 2007 mediante el Real Decreto 1720/2007 de 21 de Diciembre.

#### 4. PRINCIPALES TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La clasificación de los distintos instrumentos de evaluación (Aiken, 2003; Cohen y Swerdlik, 2001; Gregory, 2001b; Fernández-Ballesteros, 2000a; Forns, Abad, Amador, Kirchner y Roig, 2002; Garaigordobil, 1998; Moreno, 2005b) pueden ser agrupados en:

- *Técnicas de Observación.* Entre las que se incluyen los registros de autoobservación, los diarios de conducta o narraciones, los registros de frecuencia y duración, los registros de muestreo de tiempo, los autorregistros mecánicos o informatizados y la observación análoga.
- *Técnicas Objetivas.* Se refieren a los aparatos o métodos informáticos tales como los registros psicofisiológicos o los tests de ejecución y perceptivo-motores.
- *Autoinformes.* Cuestionarios, inventarios y escalas; autorregistros (técnicas de papel y lápiz, contadores de respuesta, dispositivos de tiempo y electrónicos); pensamiento en voz-alta (monólogo continuo, muestras de pensamiento, registro de eventos) y la autobiografía.
- *Entrevistas.* Entrevistas estructuradas y no estructuradas
- *Técnicas Proyectivas.* Estructurales (e.g., Test de Rorschach), Temáticas (e.g., TAT de Murray), Expresivas (e.g., Test de la Figura Humana; Test de la Familia), Constructivas (e.g., Test del pueblo) y Asociativas (e.g., Fábulas de Düss).
- *Técnicas Subjetivas y de Juego.* Las técnicas más representativas dentro de este grupo son la lista de adjetivos, la técnica de clasificación-Q, el diferencial semántico y las medidas derivadas de la teoría de los constructos personales de Kelly (e.g., La rejilla).
- *Técnicas Psicométricas.* Cuestionarios estandarizados con puntuaciones tipificadas procedentes de poblaciones normativas y/o clínicas.

Algunas de estas técnicas están siendo adaptadas con la aplicación de las nuevas tecnologías. Entre estas adaptaciones pueden destacarse (Barack y Buchanan, 2004; Calero y Fernández-Ballesteros, 2004; Garaigordobil, 1998a; Godoy, 1996; Trull, 2007): pruebas con formato informático y tecnológico, programas para la interpretación de resultados y elaboración de informes, los sistemas expertos para la toma de decisiones mediante el uso de algoritmos informatizados (KBS; *Knowledge Based System*; Grove et al., 2000) y, los tests basados en realidad virtual y evaluación a través

de Internet (On-line testing). Una revisión de la aplicación de las nuevas tecnologías a la evaluación clínica puede consultarse en una sección especial de *Psychological Assessment*, vol., 19, nº 1 de 2007.

Para una información detallada sobre la descripción de las técnicas de evaluación, sus características, ventajas y limitaciones, y sus propiedades psicométricas el lector puede consultar cualquiera de los manuales anteriormente citados. De todas ellas, la entrevista y la observación forman parte de dos de las actuaciones más frecuentes que realiza el evaluador en el campo de la psicología clínica: la realización de la historia clínica y la exploración psicopatológica. Ambas se describirán brevemente en los epígrafes siguientes.

En las tablas 1.2 y 1.3 se recoge una relación de las entrevistas estructuradas más utilizadas tanto en población infantil (Tabla 1.2) como adulta (Tabla 1.3). Estas entrevistas son utilizadas fundamentalmente para el diagnóstico categorial de los diferentes trastornos. De estas tablas se han excluido las entrevistas estructuradas específicas para cada uno de los trastornos que serán analizadas en los temas correspondientes. Complementariamente a las entrevistas estructuradas se incluyen varios instrumentos multidimensionales para la evaluación de la sintomatología clínica (ver tabla 1.4). Entre estos instrumentos hay que diferenciar aquellos con un valor estrictamente de despistaje que permiten explorar un amplio número de síntomas en un corto periodo de tiempo (e.g., SCL-90) de aquellos que permiten un diagnóstico dimensional junto con la estimación cuantitativa de la intensidad y severidad de los trastornos (e.g., MMPI, MCMI, CBCL). Los instrumentos citados son escasamente utilizados como medidas posttest para estimar los efectos del tratamiento dado su elevado coste; no obstante, podrían ser utilizados, especialmente las versiones abreviadas. Excepcionalmente, cabe mencionar el Cuestionario de Evaluación de Resultados CORE-OM (Evans et al., 2000, 2002; Barkham et al., 2005) especialmente diseñado para evaluar de manera sencilla y rápida la evolución del paciente y los efectos del tratamiento. Este seguimiento se puede realizar mediante medidas repetidas cada cierto tiempo con versiones paralelas del mismo instrumento, o en cada una de las sesiones mediante versiones muy reducidas.

Junto con esta medida, para la evaluación del impacto de una alteración así como para estimar los efectos de una intervención, conviene evaluar otras variables complementarias a la sintomatología en sí misma tales como el nivel de salud general, la calidad de vida y bienestar percibido por el paciente así como el deterioro funcional (Tabla 1.5). Estas medidas además de ser un reflejo de la significación clínica y psicosocial de la alteración nos serán de utilidad para la

**Tabla 1.2 Principales Entrevistas Diagnósticas para la Evaluación Psicopatológica en Niños y Adolescentes\***

Identificación	Características
Entrevista Diagnóstica Estructurada para niños, <b>DISC</b> (Costello et al., 1984) y su versión más reciente <b>NIMD</b> , DISC-IV (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000 a y b).	Cubre los trastornos infantiles del eje I del DSM-III-R y DSM-IV, tiene 264 elementos y dos formas para niños de 9 a 17 años (DISC-Y) y para padres con niños de 6 a 17 años (DISC-P). Se cuenta con traducción española.
Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes <b>DICA</b> (Reich, 2000). Versión castellana de la DICA por Ezpeleta <i>et al.</i> (Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1995; 1997) con tres versiones, una para padres ( <b>DICA-P</b> ), otra para niños ( <b>DICA-C</b> ) y otra para adolescentes ( <b>DICA-A</b> ).	Se aplica sobre niños de 6-17 años y a padres. Consta de 247 elementos que exploran diferentes áreas clínicas.
Entrevista de Evaluación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes <b>CAPA</b> ( <i>The Child and Adolescent Psychiatric Assessment</i> , Angold, 1994; Angold y Costello, 2000). Consta de dos versiones, una para niños ( <b>CAPA-N</b> ) y otra para padres ( <b>CAPA-P</b> ).	Se organiza en diferentes áreas de funcionamiento y en módulos diagnósticos incidiendo sobre el grado de interferencia que una afectación pueda tener sobre la mayoría de las actividades cotidianas. Se basa en los criterios diagnósticos DSM-III-R, DSM-IV y CIE-10 y también está disponible en castellano.
Entrevista para Niños y Adolescentes <b>ISCA</b> ( <i>The Interview Schedule Children and Adolescents</i> ; Kovacs, 1997; Sherrill y Kovacs, 2000).	Dirigida a la evaluación de síntomas clínicos medidos en un gradiente de intensidad desde 0 «ausencia» hasta 8 «síntoma grave». Existen tres versiones adaptadas a padres o niños: una dirigida a evaluar la sintomatología actual ( <i>ISCA-Current</i> ), otra para la sintomatología a lo largo de la vida ( <i>ISCA-Lifetime</i> ) y otra para el seguimiento (FISA).

\* Las entrevistas estructuradas para trastornos específicos serán tratadas en cada uno de los temas correspondientes.

**Tabla 1.3 Principales Entrevistas Diagnósticas para la Evaluación Psicopatológica en Adultos\***

Identificación	Características
Entrevista Diagnóstica <b>DIS</b> ( <i>Diagnostic Interview Schedule</i> ) (Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981).	Ideada para entrevistadores no expertos en psiquiatría o psicología que permite generar diagnósticos de forma automatizada siguiendo criterios del DSM-III-R.
Entrevista Clínica Estructurada <b>SCID-I</b> (Eje I) y <b>SCID-II</b> (Eje II) (versión investigación) (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1995) y <b>SCID-CV</b> (versión clínica) (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1997).	Diseñadas para el diagnóstico de las alteraciones psicopatológicas según los criterios DSM-IV. La primera (SCID-I) tiene fines de investigación y explora minuciosamente cada alteración. La segunda (SCID-CV), es para uso clínico y explora las alteraciones más frecuentes. Además permite con la información aportada determinar si el trastorno tiene una intensidad ligera, moderada o severa.
Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta ( <i>Composite International Diagnostic Interview</i> ; <b>CIDI</b> ; WHO, 1993; 2004). <b>WHO-CIDI 3.0</b> (WHO, 2004; Kessler y Ustun, 2004). Versión de Screening ( <b>CID-S</b> ). Versión abreviada ( <b>CID-SF</b> ). Versión Papel y Lápiz ( <b>PAPI V7</b> ). Versión Computerizada ( <b>CAPI.V21.13</b> ).	Proporciona un diagnóstico según criterios DSM-IV (no para todos) y CIE-10.

\* Las entrevistas estructuradas para trastornos específicos serán tratadas en cada uno de los temas correspondientes.

**Tabla 1.4 Instrumentos Multidimensionales para la Evaluación Psicopatológica**

Identificación	Dimensiones o Aspectos evaluados
Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota <b>MMPI-2</b> (Hathaway, 2002); Versión Reformulada <b>MMPI-2-RF</b> (Ben-Potath y Tellegen, 2009) Versión para adolescentes <b>MMPI-A</b> (Butcher y Willians, 2003).	Escalas de validez, escalas básicas, escalas de contenido, escalas suplementarias y subescalas de sintomatología clínica variada.
Inventario Clínico Multiaxial de Millon <b>MCMI-II</b> (Millon, 1998) y <b>MCMI-III</b> (Millon, 2009); versión para adolescentes <b>MACI</b> (Millon, 2004).	Escalas de validez, escalas de personalidad patológica, síndromes clínicos de gravedad moderada; y síndromes de gravedad severa.
Listado de Síntomas de Derogatis <b>SCL-90-R</b> (Derogatis, 2003). Versión abreviada 45 ítems <b>SCL-45</b> (Sandín et al., 2008).	Tres índices de gravedad de la sintomatología. Nueve dimensiones sintomáticas.

Identificación	Dimensiones o Aspectos evaluados
Cuestionario de Análisis Clínico ( <b>CAQ</b> ; Krug, 1989).	E12 Escalas de alteraciones clínicas.
Inventario de Evaluación de la Personalidad <b>PAI</b> (Morey, 2012). Versión abreviada 22 ítems <b>PAS</b> .	Evaluación psicopatológica. Escalas de validez, escalas clínicas relativas a trastornos mentales.
Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes <b>BASC</b> (Reynolds y Kamphaus, 2004). Escala para padres ( <b>P</b> , desde 3 años en adelante), para profesores ( <b>T</b> ) autoinformes ( <b>S2-6/11</b> años, <b>S3-12/18</b> años). Incluye sistema de observación en clase ( <b>O</b> ), Historia Evolutiva estructurada ( <b>H</b> ).	Evaluación multifuentes (Padres, profesores, niños), multimétodo (autoinformes, heteroinforme, observación y entrevista). Dimensiones positivas (liderazgo, adaptabilidad, habilidades sociales) y dimensiones patológicas (diferentes alteraciones exteriorizadas e interiorizadas). Contiene escalas de control de respuestas.
Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes <b>BASC</b> (Reynolds y Kamphaus, 2004). Escala para padres ( <b>P</b> , desde 3 años en adelante), para profesores ( <b>T</b> ) autoinformes ( <b>S2-6/11</b> años, <b>S3-12/18</b> años). Incluye sistema de observación en clase ( <b>O</b> ), Historia Evolutiva estructurada ( <b>H</b> ).	Evaluación multifuentes (Padres, profesores, niños), multimétodo (autoinformes, heteroinforme, observación y entrevista). Dimensiones positivas (liderazgo, adaptabilidad, habilidades sociales) y dimensiones patológicas (diferentes alteraciones exteriorizadas e interiorizadas). Contiene escalas de control de respuestas.
Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil <b>TAMAI</b> (Hernández, 1996).	Evaluación de la inadaptación personal, escolar, social y familiar (175 elementos si/no).
Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach <b>ASEBA</b> (Achenbach System of Empirically Based Assessment; Achenbach, 2009). Versiones autoinformadas: Adolescentes (YSR). Versiones heteronormadas: Padres ( <b>CBCL</b> 1-5 años y 6-18 años), profesores ( <b>TRF</b> ); Entrevista Clínica Semiestructurada ( <b>SCICA</b> ); Observación Directa ( <b>DOF</b> ), Observación durante la evaluación ( <b>TOF</b> ). Versión para Adultos ( <b>ASR</b> ) y Ancianos ( <b>OASR</b> ) Traducción y Adaptación españolas de las versiones niños y adolescentes UAB.	Evaluación multifuentes (clínico, padres, profesor, jóvenes), multimétodo (autoinforme, heteroinforme, entrevista y observación). Dos partes: aspectos de adaptación social (20 ítems); listado de conductas (118 elementos). Escalas de diferentes síndromes interiorizados y exteriorizados y escalas clínicas acordes al DSM-IV.
Cuestionario de Evaluación de Resultados CORE-OM ( <i>Clinical Outcomes in Routine Evaluation</i> ; Evans et al., 2000, 2002; Barkham et al., 2005). Adaptación española Corbella y Botella (2004). Versión de despistaje <b>CORE-10</b> ítems; Versión <b>CORE-5</b> ítems para evaluar el progreso de la intervención. Versiones paralelas <b>A</b> y <b>B</b> de 18 ítems para medidas repetidas en sesiones alternas.	Evalúa las siguientes dimensiones: Bienestar subjetivo, Problemas/síntomas (ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos), Funcionamiento general, Riesgo (suicidio, autolesiones o agresión).

**Tabla 1.5 Instrumentos para la Evaluación del Impacto de la Enfermedad y los Efectos de la Intervención**

Identificación	Dimensiones o Aspectos evaluados
<b>Salud General</b>	
Cuestionario de Salud General de Goldberg-28 <b>CSGG-28</b> (Goldberg, 1981, versión española de Masson, 1996).	Evalúa el estado físico, nivel de ansiedad, funcionamiento cotidiano y depresión. Proporciona un indicador de salud general.
Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Ware y Sherbourne, 1992; Ware et al., 1993).	Proporciona un perfil del estado de salud a partir de 8 dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente.
<b>Calidad de Vida y Bienestar</b>	
Entrevista de Calidad de Vida de Lehman QOLI ( <i>Quality of Life Interview</i> ; Lehman, Kernan y Postrado, 1995; Lehman, 2000).	Evaluación de la calidad de vida en enfermos mentales crónicos en diferentes áreas de la vida cotidiana, familia, ocio, trabajo y salud. Proporciona una medida de satisfacción global con la vida.
Escala de Bienestar Psicológico <b>EBP</b> (Sánchez Cánovas, 1998).	Explora el nivel de bienestar percibido en cuatro áreas: bienestar subjetivo/personal, material, laboral y relaciones de pareja.
Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS, <b>WHOQOL</b> (WHO, 1998).	Explora la calidad de vida percibida en 6 áreas: salud física, psicológica, autonomía, relaciones sociales, entorno y espiritualidad.
Escala de Calidad de Vida <b>QLS</b> (Heinriches, Hanlon y Carpenter, 1984). Adaptada al castellano Rodríguez et al. (1992).	Evalúa el funcionamiento y participación del paciente en su vida actual a través de 4 escalas: cognitiva, relaciones interpersonales, roles ocupacionales y de vida cotidiana.

Identificación	Dimensiones o Aspectos evaluados
<b>Deterioro Funcional</b>	
Evaluación Psiquiátrica del Funcionamiento del Paciente, Eje K (Kennedy, 2004).	Evalúa el deterioro psicológico, habilidades sociales y de vida cotidiana, violencia, abuso de sustancias, deterioro médico y deterioro secundario.
Escala de Evaluación de la Actividad Global <b>EEAG</b> (APA, 2000). Versión para niños <b>CGAS</b> (Ezpeleta et al., 1999; Shaffer et al., 1983).	Evalúa el funcionamiento psicosocial de la persona en función de la intensidad de los síntomas y el nivel de actividad.

evaluación del pronóstico de la intervención (mayores dificultades en estas áreas peor pronóstico) al tiempo que pueden servir como indicadores de la mejora y la evolución del paciente (Patterson y Brent, 2010).

Finalmente en relación con los instrumentos de evaluación general destacar aquellas variables referidas a factores comunes de toda intervención y que tienen un papel relevante en el éxito y la consecución de resultados positivos (Tabla 1.6): la alianza terapéutica (Botella y Corbella, 2003; Martin, Garske y Davis, 2000), la adherencia del terapeuta a la intervención (Schoenwald y Garland, 2000) y su competencia (Barber, Sharpless, Klostermann y McCarthy, 2007), la mo-

tivación del paciente y la satisfacción de éste con el tratamiento.

Una recopilación de instrumentos para la evaluación de variables relacionadas con la salud pueden ser consultados en Bulbena, Berríos y Fernández de Lamina (2000); Del Barrio (2000; 2003a y b); Muñoz *et al.* (2002); Badia, Salamero y Alonso (2002); Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus (2003); Bobes *et al.* (2004). Manuales más recientes que recopilan numerosos instrumentos de evaluación clínica por trastornos en población infantil como adulta, son los de Caballo (2009), Fisher y Corcoran (2007a, 2007b), Verhulst y van der Ende (2006).

**Tabla 1.6 Instrumentos Generales para la Evaluación de Variables Implicadas en el Proceso de Intervención**

Identificación	Dimensiones o Aspectos evaluados
<b>Alianza Terapéutica</b>	
Inventario de Alianza Terapéutica <b>WATOI</b> ( <i>Working Alliance Theory of Change Inventory</i> ; Duncan y Miller, 1999). Adaptación española Corbella y Botella (2004). Versión abreviada 12 ítems WAI (Horvath y Greenberg, 1989).	Evalúa la alianza terapéutica con 4 subescalas: acuerdo en tareas, acuerdo en objetivos, vínculo positivo y teoría del cambio.
Escala de Alianza Terapéutica Vanderbilt-Revisada <b>VTAS-R</b> ( <i>Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale-Revised</i> ; Diamond, Liddle, Dakof y Hogue, 1996; Hartley y Strupp, 1983).	Evalúa el grado de colaboración y orientación a la tarea del paciente en los siguientes aspectos: colaboración del paciente, colaboración paciente-terapeuta en metas comunes y los 3 componentes de la alianza (vínculo, tareas y metas).
Escala de Alianza Terapéutica para Niños ( <i>Therapeutic Alliance Scale for Children</i> ; Shirk y Saitz, 1992).	Evalúa el grado en el que el niño percibe al terapeuta como un aliado, le gusta emplear tiempo con él y siente que puede contarle sus problemas.
<b>Motivación al Tratamiento</b>	
Escala de Motivación del Cliente a la Terapia <b>CMOTS</b> ( <i>Client Motivation for Therapy Scale</i> ; Pelletier, Tuson y Haddad, 1997).	Mide la motivación del cliente a la terapia. Evalúa 6 tipos de motivación: intrínseca, regulación integrada, regulación identificada, regulación introyectada, y no-motivación.
<b>Habilidades/Adherencia y Competencia del Terapeuta</b>	
Escala de Competencia y Adherencia de Yale <b>YACS</b> ( <i>Yale Adherence and Competence Scale</i> ; Corvino et al., 2000).	Evalúa la competencia del terapeuta mediante seis escalas: evaluación adecuada, apoyo general, metas de tratamiento, manejo clínico, facilitación y manejo cognitivo-conductual (implicación, manejo del tiempo, lenguaje, responsividad).
Escala de Terapia Cognitiva, <b>CTS</b> ( <i>Cognitive Therapy Scale</i> ; Young y Beck, 1980, 1988).	Evalúa la competencia del terapeuta en la terapia cognitiva. La escala cubre aspectos relativos al procedimiento general (agenda, retroalimentación, colaboración, ritmo), eficacia interpersonal (empatía, eficacia, profesionalidad) y técnicas cognitivo-conductuales.
Escala de Competencia/adherencia Penn <b>PACS-SE</b> ( <i>Penn Adherence/Competence Scale</i> ; Barber y Crits-Christoph, 1996).	Evalúa la técnica y competencia de la psicoterapia dinámica. Incluye habilidades generales, habilidades de apoyo y habilidades expresivas en la psicoterapia dinámica.

Identificación	Dimensiones o Aspectos evaluados
<b>Satisfacción con la Intervención</b>	
Cuestionario de Satisfacción del Cliente-8 <b>CSQ-8</b> (Larsen et al., 1979).	Evalúa la satisfacción del cliente con el tratamiento mediante 8 ítems.
Inventario de Satisfacción del Cliente <b>CSI</b> (Hudson, 1997).	Grado de satisfacción de los clientes en relación con los servicios prestados.
Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria (Varela, Rial y García, 2003).	Evalúa la satisfacción con 4 dimensiones de los servicios sanitarios de Atención Primaria: personal sanitario, personal de apoyo, condiciones físicas, acceso al servicio.

## 5. HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es básicamente una entrevista en la que se recoge información procedente de la observación en la interacción con el evaluador y del relato aportado por el paciente (en el caso de los niños por los padres o responsables legales). En muchas ocasiones, como es lo recomendable, la historia clínica incluye algunos instrumentos adicionales de despistaje, como un listado de síntomas y/o de conductas problema o un listado de acontecimientos vitales aversivos.

El procedimiento para la cumplimentación de una historia clínica es idéntico al que se sigue en una entrevista cuyas fases principales pueden ser resumidas en las cinco que a continuación detallamos (Fernández-Liria y Rodríguez Vega, 2001; Kici y Westhoff, 2004; Martorell y González, 1997; Silva, 2000):

- 1) *Fase de planificación.* Se trata de una fase preparatoria, previa a la entrevista propiamente dicha. El evaluador debe obtener toda la información previa que pueda sobre el evaluado con el fin de establecer los objetivos iniciales, la forma de registro (e.g., grabadora, vídeo), lugar, duración estimada y previsión potencial de problemas. Se recomienda bien registrar los datos mediante notas esquemáticas que no interrumpen el flujo de la comunicación y, si es posible, utilizar algún tipo de grabadora de pequeño tamaño para minimizar la reactancia del entrevistado. Recordar que en el caso de utilizar cualquier tipo de grabación es imprescindible solicitar el consentimiento informado previamente a su uso y conservar los datos obtenidos de acuerdo con la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley 15/1999 de 13 de diciembre; RD 1720/2007 de 21 de diciembre).
- 2) *Fase inicial.* Es la primera fase de la entrevista en la que se toma contacto con el entrevistado y se expone la demanda. Incluye el saludo y

presentación del entrevistador, la exposición de los objetivos de la entrevista (e.g., «los objetivos de esta entrevista son explorar un poco su demanda y ver en qué podemos ayudarle») y una descripción breve del proceso y desarrollo a seguir (e.g., «primero recogeré sus datos personales, luego le haré unas cuantas preguntas sobre usted y diferentes áreas de su vida y, finalmente, le daré mi primera impresión sobre la información obtenida»). La duración estimada deberá ser no superior a una hora y media. Conviene en este primer momento acordar con el interlocutor el tratamiento para dirigirse a él («¿prefiere que le llame de usted o de tú?») y explicitar las condiciones de privacidad y confidencialidad (e.g., «como sabe, cualquier información que usted me comunique será absolutamente confidencial»). Es el momento para obtener el consentimiento informado en el que se explicita el tipo de relación a establecer: objetivos, finalidad, procedimiento, honorarios, condiciones de confidencialidad y consentimiento.

- 3) *Fase intermedia o de desarrollo.* El objetivo en este momento es explorar y analizar el problema planteado y analizar las posibles hipótesis del problema. Es la fase en la que se incluirá el grueso de las preguntas. La secuencia en la formulación de las preguntas transcurrirá desde lo general, mediante cuestiones de formato abierto, hasta la inclusión progresiva de preguntas más directas y cerradas, que maten y concreten la información genérica suministrada en el primer momento. El contenido de estas preguntas debe atender a las principales áreas de exploración de una historia clínica (Maganto y Cruz, 2005; Oliva, 2004) tal y como se recoge en la Figura 1.3. En el caso particular de la historia clínica, a lo largo de esta fase conviene incluir un apartado específico con preguntas sondeo referidas a cada uno de los trastornos (Ezpeleta, 2002; Vázquez y Muñoz, 2004). Se

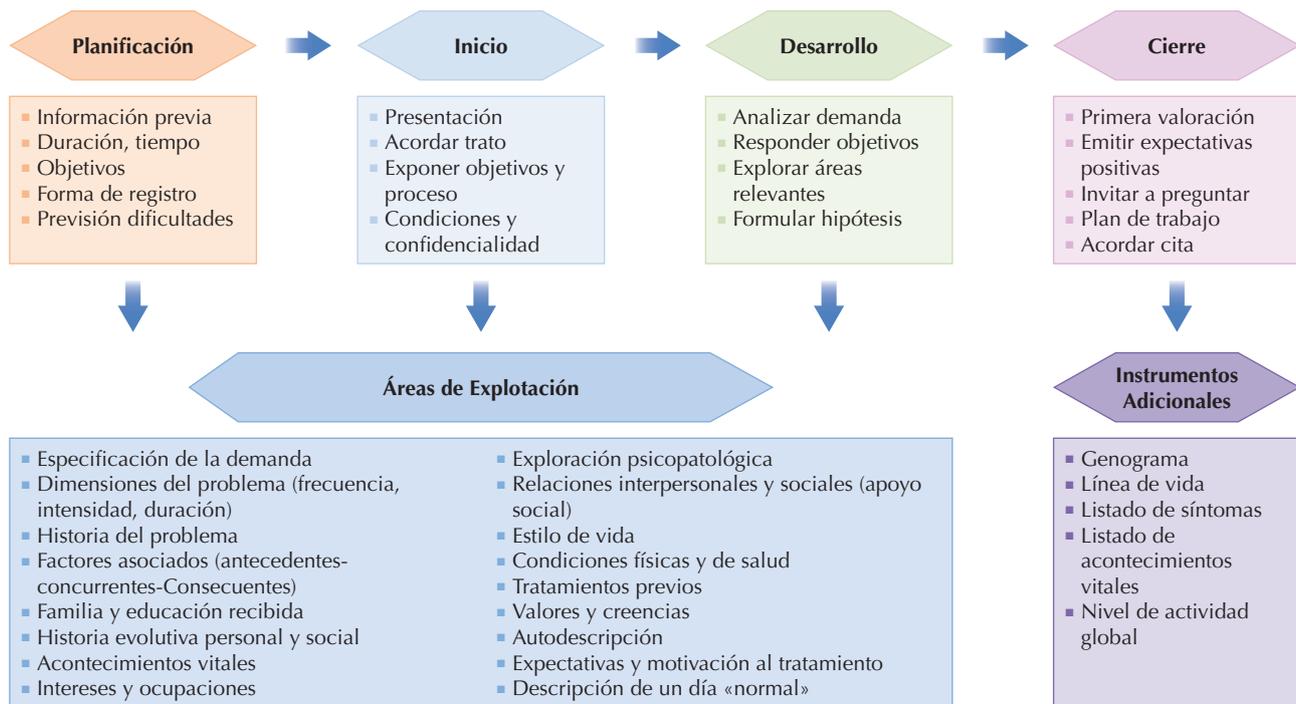


Figura 1.3

Historia Clínica: Secuencia y Áreas relevantes a Explorar.

trata de preguntas claves dirigidas a indagar los síntomas críticos y criterios diagnósticos necesarios e imprescindibles de cada trastorno. Por ejemplo, dos preguntas claves para el sondeo de la depresión son las referidas a la tristeza (e.g., «¿siente ganas de llorar la mayor parte del día?») y la anhedonia (¿ha notado que no le apetece realizar actividades de ocio o disfrute como antes?).

- 4) *Fase de despedida o cierre.* En esta última fase de la entrevista se concluye con el encuadre del plan futuro de trabajo y se concierta una nueva cita. Se recomienda que el entrevistador haga un resumen de los aspectos más relevantes obtenidos y exponga una primera explicación general y provisional sobre el problema planteado (e.g., origen, posibles causas, curso, etc.). Si fuera necesaria alguna otra entrevista, debe emplazarse al evaluado a una nueva cita. Antes de finalizar se debe invitar al interlocutor a comentar algún otro aspecto no tratado que le gustaría abordar. Para concluir se recomienda que el entrevistador exprese expectativas positivas y realistas sobre el problema del entrevistado y su posible solución. El cierre no debe realizarse de forma brusca o en momentos de tensión. Finalice agradeciendo al entrevistado por contar con

su servicio y, si es el caso, consensue el día y la hora de la próxima cita. Es usual proporcionar en este momento algunos listados o instrumentos complementarios de despistaje que, al menos, incluyan: sintomatología, listados de conductas problema y listado de acontecimientos aversivos. Además se recomienda completar un genograma para la obtención de información referente a antecedentes familiares, patrones relacionales, etc. (MacGoldrick, 2008) y una línea de vida (recogida cronológica sobre una línea dibujada en un papel de los momentos más relevantes de la vida del paciente). Estos instrumentos pueden ser completados y entregados al entrevistador tras la entrevista o en la siguiente sesión.

- 5) *Fase de análisis de la información.* Finalizada la entrevista el evaluador ha de analizar los datos obtenidos, repasar y completar las notas, vaciar los datos de la grabadora, en su caso, y analizar la información en relación con los objetivos previos establecidos.

Finalmente, un último apunte sobre las propiedades psicométricas de la entrevista. La fiabilidad de una entrevista dependerá del grado de conocimiento de los contenidos a entrevistar y del grado de estructu-

ración, sistematización y especificidad que tenga. A medida que estas condiciones aumenten se mejorará significativamente las propiedades de fiabilidad y validez de la información obtenida evaluada (Butcher, Perry y Atlis, 2000; Garb, 2007; Grove, Zald, Lebow, Snitz y Nelson, 2000). Sin embargo, estas propiedades carecerían de relevancia si no se acompañan de las habilidades comunicacionales del entrevistador y su manejo adecuado de las interacciones (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003; Cormier y Cormier, 1994; Rogers, 1951; 1974; Rojí, 1986), las cuales se analizarán posteriormente.

## 6. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Una parte importante de la evaluación psicopatológica es la exploración y el examen del estado mental (Baños y Perpiñá, 2002; Baños, Perpiñá y Botella, 2009). La exploración del estado mental está referida al análisis transversal de la sintomatología que presenta una persona. Esta exploración permite detectar, integrar y organizar todos los datos clínicamente sig-

nificativos del estado mental y el funcionamiento de la persona.

La exploración psicopatológica se realiza mediante la observación y la formulación de preguntas y tareas concretas en un contexto de entrevista clínica. Si bien no existen instrumentos específicos estandarizados para este fin, la descripción de los signos y síntomas proporcionados en muchos de los manuales de psicopatología son una buena guía para su exploración.

La exploración psicopatológica se centra principalmente en la evaluación de los signos y síntomas que la persona manifiesta en relación con los siguientes contenidos (Baños et al., 2009): a) apariencia y comportamiento durante la evaluación; b) conciencia de enfermedad (grado de reconocimiento de su problema y gravedad), c) actividad motora y conducta intencional; d) conciencia (nivel de alerta, vigilia y calidad del juicio), atención y orientación; e) memoria; f) percepción e imágenes mentales; g) pensamiento, lenguaje y habla; h) contenido del pensamiento y creencias anómalas; i) conciencia de sí mismo.

En la Tabla 1.7 se propone un registro para guiar la observación de cada uno de estos contenidos.

**Tabla 1.7** Guía de Indicadores para la Exploración Psicopatológica (Adaptado de Baños y Perpiñá, 2009)

Apariencia, Comportamiento en la Visita y Conciencia de Enfermedad
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Vestimenta</b> (apropiada, limpia, sucia...); <b>Postura</b> (en cama, de pie, retraído, al borde silla); <b>Aseo</b> (olor, higiene, maquillaje, corte de pelo...); <b>Contacto ocular</b> (huidiza, atenta, distraída, ...); <b>Viveza/abatimiento</b>; <b>Marcas físicas</b> (defectos, tatuajes...); <b>Disposición a la entrevista</b> (cooperador, hostil, suspicaz, negativo, resistente...); <b>Conciencia enfermedad</b> (apercibimiento de su problema y gravedad); <b>Conducta extravagante</b>; <b>Conducta grosera</b>.</li> </ul>
Actividad Motora y Conducta Intencional
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Rango y Nivel de actividad</b> (inmovilidad-hiperactividad): acinesia; parálisis; atonía; pseudoparálisis; estupor.</li> <li>▪ <b>Actividad motora:</b> Enlentecida (retardo, desaceleración); excesiva; inapropiada (inquietud, agitación)</li> <li>▪ <b>Alteraciones en movimientos inducidos:</b> negativismo; obediencia automática; perseveración motora; perseveración postural.</li> <li>▪ <b>Alteraciones en movimientos involuntarios:</b> temblor; sincinesias; atetosis; corea; balismo; distonía; convulsiones; tics; estereotipia; automatismos.</li> <li>▪ <b>Alteraciones en los movimientos voluntarios y conducta intencional:</b> manierismo/amaneramiento; compulsiones; impulsos; evitación; conductas de seguridad; conductas de comprobación.</li> <li>▪ <b>Movimientos expresivos (Mímica):</b> «Cara de máscara»/inexpresividad; gestos exagerados/muy comunicativos; muecas/contorsiones faciales; discordancia afecto-expresión; sonrisas insípidas; ecomimia.</li> </ul>
Conciencia, Alerta, Orientación y Atención
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Alteraciones cuantitativas de la conciencia (nivel alerta y vigilia):</b> obnubilación; somnolencia, letargia o sopor; coma.</li> <li>▪ <b>Alteraciones cuantitativas de la conciencia (campo de restricción de la conciencia y juicio):</b> delirium; confusión; estados crepusculares; estados oniroides; estupor; parasomnias.</li> <li>▪ <b>Alteraciones de la orientación:</b> desorientación temporal, espacial, personal.</li> <li>▪ <b>Alteraciones de la atención:</b> exceso/falta de concentración; laguna temporal; distraibilidad; visión en túnel (focalización selectiva); hipervigilancia.</li> </ul>
Memoria
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Alteraciones cuantitativas de la memoria:</b> hipermnnesia («libro de la vida»); amnesia anterógrada; amnesia retrógrada/evocación.</li> <li>▪ <b>Alteraciones cualitativas de la memoria:</b> verificación de tareas; confabulación; pseudología fantástica; <i>déjà vu</i>; <i>jamais vu</i>; agnosias.</li> </ul>

## Percepción e Imágenes Mentales

- **Distorsiones Perceptivas: Intensidad** (hipoestesias, hiperestesias, anestias); **Cualidad** (alta nitidez- baja nitidez); **Forma y Tamaño** (dismorfopsias-forma-, dimegalopsias-(tamaño); **Integración** (escisión, aglutinación); **Estructuración** (ilusiones-sensación de presencia).
- **Engaños perceptivos:** imágenes hipnopómpicas (despertar); hipnagógicas, alucinoides, mnésicas, eidéticas, parásitas; alucinaciones.

## Pensamiento, Lenguaje y Habla

- **Alteraciones del Lenguaje:** fluidez, comprensión, prosodia (entonación), cualidad del habla (volumen locuacidad, ritmo).
- **Presencia de trastornos del lenguaje.**
- **Alteraciones formales del pensamiento:** pérdida de asociaciones, incoherencia, fuga de ideas/descarrilamiento, pobreza de habla (monosílabos), pobreza de contenido, logorrea, habla apresurada, verborrea; habla distraída, tangencialidad, circunstancialidad, bloqueo, perseveración, ilogicidad, resonancias, neologismos, pseudopalabras, ecolalia.
- **Contenido del Pensamiento:** delirios, ideas sobrevaloradas, obsesiones, fobias, ideación suicida, ideación homicida.

## Conciencia de Sí Mismo

- **Conciencia de la actividad y la realidad:** conciencia de su propia actividad, despersonalización, desrealización.
- **Conciencia de la unidad del sí mismo:** disociación, disociación del afecto, disociación del yo.
- **Conciencia de identidad del sí mismo:** discontinuidad de la identidad.
- **Conciencia de los límites del sí mismo:** no diferencia yo-entorno.
- **Otras anomalías en:** imagen corporal, autoestima.

## Afectividad

- **Estado de ánimo:** eutimia, disforia, hipotimia, euforia, irascibilidad, ansiedad.
- **Afecto:** labilidad, incontinencia, ambivalencia, rigidez, indiferencia/frialidad, embotamiento/apatía, afecto inadecuado/discordante, anhedonia, alexitimia.

## Funciones Fisiológicas

- **Alteraciones del sueño** (insomnio, hipersomnias); **Alteraciones en el apetito** (anorexia/inapetencia, bulimia, hiperfagia); **Apetito sexual** (incremento-disminución); **Dolor y estado general** (pérdida de energía, molestias, fatiga, quejas).

## Reacción del Examinador

- Inconsistencias observado/verbalizado; Dificultades para explorar.
- **El evaluador se ha sentido:** Cómodo, acogido, enfado, con miedo, frustrado, satisfecho.

## 7. HABILIDADES COMUNICACIONALES DEL EVALUADOR EN EL CONTEXTO CLÍNICO

Gran parte de la pericia y la competencia técnica del evaluador están relacionadas con las habilidades de este para manejar la interacción eficaz y eficientemente (Tabla 1.8). Del conjunto de habilidades del clínico, recogidas por diferentes autores (Cormier y Cormier, 1994; Maganto y Cruz, 2005; Othmer, 1996; Othmer y Othmer, 1995; Rojí y Cabestrero, 2004; Rojí, 1990, 2003; Wilson et al, 1995) se podrían destacar las siguientes (Tabla 1.8):

### a) Habilidades que Muestran Pericia y Liderazgo

Las habilidades de pericia y liderazgo en la interacción comunicativa hacen que el interlocutor reconozca la profesionalidad, capacidad y carisma en el evaluador lo que favorecerá que el evaluado haga depositario al evaluador de la información relevante y

se muestre más desinhibido y seguro para revelar información confidencial. Algunas de las estrategias útiles para dar muestras de esta habilidad son *demostrar conocimientos* sobre la temática que se aborda; *hacer preguntas* que denoten que la persona conoce y domina el contenido sobre el que entrevista; ser capaz de *dar una explicación fundamentada* de la problemática que se trate; y *responder exitosamente a las dudas* del receptor sobre el área en la que supuestamente el entrevistador es experto. La pericia y el liderazgo se hacen patentes en la medida que el evaluador sea capaz de mantener los objetivos de la entrevista y los adapte a las circunstancias y características del entrevistado.

### b) Habilidades Empáticas y de Recepción

La creación de un clima empático y receptivo se ve favorecido cuando el evaluador activa habilidades tales como: (1) *Receptividad y cordialidad*, el evaluador es sensible a las señales de su interlocutor y reconoce los indicios conductuales, verbales, espaciales, emo-

ciones o expresivos que denotan una determinada emoción, preocupación, etc.; (2) *Responsividad*, el evaluador emite respuestas ajustadas y acordes a las señales identificadas: asiente, emite vocalizaciones, mantiene la mirada, emite frases empáticas, señala el gesto expresivo que identifica, facilita hablar sobre ello; (3) *Facilitación de la expresión del problema* o la preocupación de su evaluado: el evaluador explora los hechos y sentimientos relativos al problema que se trate, invita a que su interlocutor se exprese con más detalle y transmite comprensión e interés; (4) *Empatía*, el evaluador es capaz de adoptar la perspectiva de su interlocutor y sentir en su lugar, mostrando una actitud acogedora y respetuosa, ausente de juicios de valor, manteniendo un silencio atento, reproduciendo gestos y expresiones simultáneas a las del interlocutor, haciendo eco de las expresiones de su evaluado, sintetizando lo que expresa o haciendo explícito el contenido recogido.

#### c) *Habilidades de Escucha*

La primera habilidad de escucha sin la que no es posible poner en marcha las demás es la habilidad de *dejar hablar*. Es obvio que el evaluador no podrá ejercer la escucha si no hay un interlocutor que pueda hablar. Dejar hablar implica, no interrumpir al entrevistado, no anticipar respuestas y dar tiempo para que pueda expresarse. La segunda es *escuchar activamente*, es decir, adoptar un papel activo ante la emisión del mensaje del otro para transmitirle que está siendo escuchado. Para dar muestras de esta habilidad, el entrevistador debe asentir con la cabeza, mantener un contacto ocular continuado y emitir algún sonido que denote que sigue el discurso del otro (e.g., «ya sé», «entiendo lo que me dices»). Ambas habilidades se complementan con una tercera, la *baja reactividad verbal* del entrevistador. Como criterio general, el cómputo final de palabras del evaluador debe ser inferior a las del evaluado en una interacción comunicativa dirigida a evaluar. Finalmente, el *uso instrumental de los silencios* completa el conjunto de estas habilidades de escucha. Se trata de que el entrevistador maneje adecuada e intencionalmente los silencios para facilitar y propiciar que el otro hable y se desinhiba.

#### d) *Habilidades para Evocar o Mantener el Flujo Comunicativo*

Otra de las habilidades del evaluador son aquellas cuyos objetivos son evocar en el otro la información que se pretende obtener y mantener el flujo de la comunicación de manera fluida y continuada a modo de conversación. Dentro de este grupo de habilidades, se incluyen: (a) *Eco o Reflejo*, consistente en repetir alguna frase del interlocutor a modo de eco y de la

manera más neutra posible, pero incidiendo en el contenido más afectivo del mensaje (e.g., «...enfadado..., has dicho enfadado»); (b) *Dar la palabra* o conceder al interlocutor el uso del turno en el intercambio comunicativo e invitarle a que hable (e.g., «¿qué piensas sobre este asunto?; ¿quieres añadir algo más?»); (c) *Clarificar*, es decir, solicitar una aclaración sobre alguna información, pedir que se explique un poco más o que detalle con mayor precisión (e.g., «¿qué quieres decir exactamente con...?» «¿puedes explicar un poco más ese aspecto?»); (d) *Comentarios confirmatorios*, mediante los que el evaluador emite algún comentario para reafirmar el contenido del mensaje y manifestar explícitamente que lo ha recibido (e.g., «...lo que quieres decir es que...»); (e) *Paráfrasis*, el evaluador retroalimenta la comunicación mediante enunciados que recogen el contenido semántico del mensaje (e.g., «Según me comentas, la situación no facilitaba que te mostraras como eres»); y (f) *Resumir*, elaborar la información de manera comprimida incluyendo los elementos nucleares y relevantes del mensaje (e.g., «resumidamente, quieres decir...»; «en síntesis, ...»).

#### e) *Habilidades para Preguntar*

Las habilidades para preguntar son seguramente las que más claramente se ven relacionadas con las acciones del evaluador. Por una parte, este grupo de habilidades incluye conocer los diferentes formatos de preguntas y, por otra parte, dominar adecuadamente el uso de estas preguntas.

Respecto al formato de preguntas, existen dos tipos fundamentales: las *preguntas abiertas*, que evocan la narración libre del interlocutor sobre una temática (e.g., «¿Cuénteme cuál es su problema?»); y las *preguntas cerradas*, preguntas acotadas que evocan una respuesta concreta y concisa (e.g., «¿Tiene dolor de cabeza?»). Las primeras están indicadas para obtener el máximo de información, iniciar la entrevista, favorecer un testimonio libre de sugerencias o no contaminado y enmarcar una interacción no directiva. Las segundas, se formulan para matizar y concretar información, acotar respuestas, contener el discurso verbal, sugerir y establecer una interacción más directiva.

Con estos dos formatos básicos, el puzzle de preguntas puede combinarse de manera muy diversa para manejar diferentes momentos y situaciones a lo largo de una interacción comunicativa o evaluativa, como se verá en el siguiente grupo de habilidades de interacción verbal.

Además de conocer los formatos posibles de las preguntas y sus indicaciones es necesario saber usarlas, es decir, *saber preguntar*. El buen manejo de las preguntas implica, entre otras habilidades: (1) dirigir las personalmente (e.g., «Santiago, ¿cómo...?») para fa-

vorecer una relación más personalizada y cercana; (2) evitar sugerir la respuesta para no contaminar el mensaje (e.g., «¿estar en casa sola te produce miedo?»); (3) evitar alternativas cerradas y disyuntivas que impidan que el interlocutor exprese su propia emoción o pensamiento (e.g., «¿te sientes triste o enrabietado?»); (4) evitar preguntas que lleven a respuestas excesivamente prolijas que deriven en una pérdida de control de la comunicación (e.g., «¿comience desde su infancia...?»); (5) prever el grado de tensión que puedan generar ciertas preguntas en determinadas personas (e.g., en una persona excesivamente pudorosa, preguntar «¿sus relaciones sexuales son satisfactorias?»); (6) saber recurrir a ejemplos o a enunciados alternativos para clarificar información; (7) formular preguntas con claridad y sin complejidad gramatical; (8) formular grupos de preguntas por temática siguiendo la siguiente secuencia: una pregunta abierta seguida de algunas preguntas cerradas que precisen la información suministrada.

f) *Habilidades de Intervención Verbal*

Estas habilidades están indicadas para aquellos casos en los que el evaluador, más allá de obtener información, pretenda introducir un cambio en la conducta del interlocutor, generar una reacción o producir una determinada respuesta que permita alcanzar los objetivos propuestos. Como habilidades de intervención verbal, se incluyen las siguientes: (1) *Sondeo*, se trata de realizar preguntas precisas dirigidas a obtener una información sobre un tema particular (e.g., «¿dónde?, ¿cuándo?, ¿con quién?»); (2) *Afirmación de la capacidad del interlocutor*, consistente en realzar y enfatizar

alguna capacidad o cualidad del evaluado (e.g., «tú siempre has destacado en los deportes, ¿podrías explicar a qué se debe ese éxito?»); (3) *Confrontación*, consiste en mostrar al evaluado alguna contradicción o discrepancia de la información que aporta (e.g., «por una parte dices...y por otra...»); (4) *Interpretación*, cuando el evaluador realiza una inferencia o posible explicación sobre algún contenido relatado o comportamiento (e.g., «tal vez lo que me cuentas... se deba a...»); (5) *Señalamiento*, consiste en poner de manifiesto y de forma explícita algún aspecto que el evaluador pretende enfatizar (e.g., «te has dado cuenta que no dejas de mover la pierna mientras hablas»); (6) *Instrucciones*, se trata de dar información objetiva sobre un tema o procedimiento (e.g., «preste atención a esta tarea, consiste en...»); (7) *Encuadre*, consiste en la intervención del evaluador para dirigir la atención y centrar el tema en algún aspecto de interés (e.g., «centrémonos en su pareja...»); (8) *Información*, habilidad consistente en proporcionar datos, experiencias o contenidos sobre una temática en particular (e.g., «sabía que puede estudiar en...»).

## 8. EL INFORME CLÍNICO: LA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Una de las fases del proceso de evaluación es la comunicación de los resultados obtenidos. Esta comunicación, la mayoría de las veces se hace de forma oral, pero en algunas ocasiones se solicita en formato escrito.

**Tabla 1.8 Principales Habilidades Comunicacionales del Evaluador**

Habilidades de Pericia y Liderazgo	Habilidades Empáticas y de Recepción	Habilidades de Escucha y Recepción
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demostrar conocimientos</li> <li>▪ Preguntas oportunas</li> <li>▪ Explicaciones fundamentadas</li> <li>▪ Respuestas acertadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Receptividad y cordialidad</li> <li>▪ Responsividad</li> <li>▪ Facilitación de la expresión del problema</li> <li>▪ Empatía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dejar hablar</li> <li>▪ Escuchar activamente</li> <li>▪ Baja reactividad verbal</li> <li>▪ Uso instrumental de los silencios</li> </ul>
Habilidades Relacionadas con el Flujo Comunicativo	Habilidades para Preguntar	Habilidades de Intervención Verbal
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eco o Reflejo</li> <li>▪ Dar la palabra</li> <li>▪ Clarificar</li> <li>▪ Comentarios confirmatorios</li> <li>▪ Paráfrasis</li> <li>▪ Resumir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usar los diferentes formatos</li> <li>▪ Dirigirlas personalmente</li> <li>▪ Evitar sugerir la respuesta Evitar alternativas cerradas/ disyuntivas</li> <li>▪ Prever el grado de tensión Saber recurrir a ejemplos Claridad</li> <li>▪ Agrupar y secuenciar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sondeo</li> <li>▪ Afirmación del interlocutor</li> <li>▪ Confrontación</li> <li>▪ Interpretación</li> <li>▪ Señalamiento</li> <li>▪ Instrucciones</li> <li>▪ Encuadre</li> <li>▪ Información</li> </ul>

Cuando el informe es oral, suele realizarse en el contexto de una entrevista de devolución, sin embargo, los aspectos técnicos y formales propios del informe escrito deben mantenerse. Para la realización de esta comunicación oral se recomienda seguir una estructura ordenada en la que se expongan los objetivos de la evaluación, la delimitación de los problemas y la formulación del caso. Conviene también explicar la metodología seguida (procedimiento, técnicas empleadas...) y los principales resultados obtenidos. Todo ello con un lenguaje claro y comprensible para el interlocutor, con ejemplos y explicaciones que nos permitan estar seguros de que la información es correctamente entendida. Es importante invitar a realizar preguntas y aclaraciones, así como mantener una actitud positiva hacia la búsqueda de soluciones y alternativas de tratamiento.

Cuando esta comunicación se hace mediante papel, nos referimos al informe escrito. Se trata de un documento científico y legal que recoge los objetivos de la evaluación, hipótesis, métodos de contrastación y resultados. Debe ser además de riguroso un documento útil, es decir, que contribuya a la toma de decisiones en respuesta a los objetivos de la evaluación y a la solución de los problemas planteados (Bernstein y Nietzel, 1982; Tallent, 1988).

Para el cumplimiento de estas cualidades de utilidad y rigurosidad, el informe clínico debe estar sujeto a ciertos criterios técnicos y formales (AERA, APA, NCME, 1999; Carrasco, 2010; COP, 2010, 2012; Lichtenberger, Mather, Kaufman, y Kaufman, 2006; Pérez,

**Tabla 1.9 Principales Recomendaciones sobre el Estilo del Informe**

- Uso de un lenguaje comprensible y ajustado al nivel del interlocutor o destinatario.
- Frases breves y construcciones gramaticales sencillas.
- Evitar jergas y tecnicismos innecesarios.
- Clarificar y describir los constructos psicológicos.
- Evitar imprecisiones, ambigüedades o inexactitudes.
- Ser rigurosos en el lenguaje y derivar los comentarios de los datos.
- Explicitar la diferencia entre descripción e interpretación.
- Evitar inferencias e interpretaciones.
- Usar esquemas previos para su redacción.
- Cuidar especialmente el apartado de conclusiones.

Ausín, y Muñoz, 2008; Wolber y Carne, 2002). Estos criterios incluyen cualidades de estilo, formato, contenido y estructura. El estilo hace referencia a la calidad de la redacción del informe, el lenguaje, la complejidad gramatical y su inteligibilidad (Tabla 1.9).

Si mencionamos el formato, nos referimos a la presentación y las características formales; y el contenido a los aspectos a tratar y la información aportada en cada uno de los apartados. En la tabla 1.10 se detallan alguno de los criterios más importantes de estas categorías. Además, una importante cualidad del informe

**Tabla 1.10 Criterios de Estilo, Formato y Contenido para la Redacción de un Informe Clínico**

Criterios de Estilo
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uso de un lenguaje comprensible y ajustado al nivel del interlocutor o destinatario.</li> <li>■ Frases breves y construcciones gramaticales sencillas.</li> <li>■ Evitar jergas y tecnicismos innecesarios.</li> <li>■ Clarificar y describir los constructos psicológicos.</li> <li>■ Evitar imprecisiones, ambigüedades o inexactitudes.</li> <li>■ Ser rigurosos en el lenguaje y derivar los comentarios de los datos.</li> <li>■ Explicitar la diferencia entre descripción e interpretación.</li> <li>■ Evitar inferencias e interpretaciones.</li> <li>■ Usar esquemas previos para su redacción.</li> <li>■ Cuidar especialmente el apartado de conclusiones.</li> </ul>
Criterios de Formato
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Inclusión detallada de los datos de identificación del profesional.</li> <li>■ Inclusión detallada de los datos de identificación del evaluado.</li> <li>■ Explicitación de las fechas de evaluación y emisión.</li> <li>■ Estructura definida.</li> <li>■ Inclusión de la firma del evaluador/es con el sello de la institución, si procede.</li> <li>■ Cumplimiento de condiciones de privacidad (entrega en mano, sobre cerrado).</li> <li>■ Presentación cuidada.</li> </ul>

## Criterios de Contenido

- Contenidos estructurados y organizados de acuerdo a las fases de la evaluación.
- Información detallada de la demanda, objetivos, metodología, resultados y conclusiones.
- Indicación detallada de los instrumentos de evaluación con las referencias de la versión utilizada y sus autores.
- Información sobre adaptación, modalidad y edición de los instrumentos utilizados.
- Ausencia de juicios de valor y calificativos personales de evaluadores.
- Ausencia de comentarios vagos y generales (*efecto Barnum*).
- Ajuste entre las interpretaciones teóricas o inferencias y la casuística del evaluado.
- Conexión entre datos e inferencias realizadas.
- Fundamentación adecuada de las conclusiones.

es su organización y estructura. Básicamente el informe debe incluir datos, demanda, objetivos, metodología, resultado y conclusiones. Una estructura básica más detallada se describe en el Cuadro 1.1.

De igual forma que el informe debe estar sometido a criterios técnicos también lo está a criterios deontológicos. El evaluador debe atender al Código Deontológico del psicólogo respecto a los principios de confidencialidad y secreto profesional, consentimiento informado, uso de instrumentos de evaluación o invasión de la personalidad. Especial importancia

en la información que quede archivada es la protección de los datos acorde a la legislación vigente. Entre los criterios básicos con carácter ético, cabe destacar especialmente las garantías de (COP, 2012): máxima neutralidad (ausencia de implicación emocional, intereses o presiones externas para conseguir resultados determinados), máxima objetividad (obtención de datos y pruebas que sustenten las afirmaciones), calidad metodológica en el procedimiento y uso de los instrumentos de evaluación, y respeto a las diferencias individuales (evitar etiquetas estáticas y estereotipadas).

**Cuadro 1.1 Propuesta de una Estructura Básica de Informe Clínico**

- Datos identificativos.
- Delimitación de la demanda.
- Antecedentes y contextualización del problema a evaluar.
- Objetivos de la evaluación.
- Metodología, en la que se describan: Áreas evaluadas, Técnicas e Instrumentos de evaluación y, Fases y Procedimiento de Evaluación.
- Resultados: análisis descriptivo y de las puntuaciones obtenidas.
- Comportamiento durante la exploración.
- Análisis y síntesis de resultados.
- Conclusiones.
- Fecha, Firma, N° de colegiación del evaluador y sello de la institución (si procede).
- Anexos. Material complementario, en caso de que sea necesario adjuntar alguna hoja de resultados, informe adicional, etc...

## RESUMEN

Desde la instauración oficial de la psicología clínica en 1946 hasta nuestros días, la evaluación psicológica se ha nutrido de valiosas contribuciones que históricamente han posibilitado la instauración de la evaluación psicológica actual como subdisciplina científica de la psicología. Hoy la Psicología Clínica se reconoce como un área de especialidad dentro de la Psicología y con ella la evaluación clínica. Dentro de este contexto, la evaluación será entendida como el proceso que se ocupa desde una aproximación científica a la exploración y análisis de la salud mental de una persona o grupo de personas con la finalidad última de tomar decisiones y resolver problemas. Esta aproximación basada en la evidencia supone la adquisición de criterios de calidad científica y ética. Los primeros están referidos a las evidencias acumuladas de fiabilidad y validez de las técnicas de evaluación, así como a la instauración de un proceso sistematizado de recogida de información riguroso mediante el que se establecerán los objetivos de la evaluación y se contrastarán las hipótesis formuladas de diagnóstico o delimitación del problema, de conceptualización y de tratamiento. La implementación rigurosa de este proceso incluye, entre otros: (a) una evaluación multimétodo y multifuente a la luz de los criterios de coste, especificidad y validez incremental para la combinación e integración de los instrumentos y datos; y (b) la restricción y control de los sesgos del evaluador. Respecto a los segundos, los criterios de calidad ética en la evaluación clínica, la actuación del evaluador

debe regirse por los principios éticos generales recogidos en nuestro Código Deontológico, con especial cuidado en las áreas de confidencialidad y secreto profesional, consentimiento informado, invasión de la personalidad, competencia y rigor científico del evaluador y protección de los datos personales y la documentación.

De las principales técnicas e instrumentos que el evaluador utiliza, en el contexto de la evaluación clínica adquieren especial importancia la entrevista clínica y la exploración psicopatológica. Son además de interés, las entrevistas estructuradas, los instrumentos multidimensionales estandarizados, los instrumentos diseñados para la evaluación del impacto de una alteración psicológica y de los efectos de una intervención, así como la evaluación de otras variables relevantes para la eficacia de la intervención: alianza terapéutica, adherencia a la intervención, competencia del terapeuta, motivación y satisfacción del cliente. De entre estas variables se destacan las habilidades comunicacionales deseables para un evaluador: (a) pericia y liderazgo; (b) empatía y recepción; (c) escucha; (d) flujo comunicativo; (e) habilidades para preguntar; y (f) habilidades de intervención verbal.

Finalmente, el proceso de evaluación clínica culmina con la comunicación de los resultados. El informe, sea oral o escrito, debe estar sujeto a ciertos criterios técnicos y formales de estilo, formato, contenido y estructura, como a los criterios deontológicos antes aludidos.

## EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) Describir y/o clasificar las conductas, signos y síntomas problemáticos que las personas presentan se incluye dentro de los objetivos de: a) delimitar y diagnosticar; b) formulación del caso; c) valoración de resultados.
- 2) Señale la afirmación correcta respecto de la formulación del caso: a) se relaciona con el establecimiento de las hipótesis clínicas explicativas ; b) es independiente de la comprensión del funcionamiento del cliente; c) no deriva de los modelos explicativos.
- 3) La selección adecuada de métodos de evaluación y fuentes informantes debe regirse por criterios de: a) prioridad; b) relevancia; c) validez incremental.
- 4) Respecto al juicio clínico y la evaluación estandarizada: a) la primera es más precisa que la segunda; b) la segunda es más precisa que la primera; c) ambas son equivalentes en precisión.
- 5) En relación con la exploración del estado mental: a) está referida al análisis transversal de la sintomatología; b) no permite detectar datos clínicamente significativos; c) es ajena al funcionamiento del paciente.

**Soluciones:** 1a; 2a; 3c; 4b; 5a

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Haynes, S. N., Godoy, A., & Gabino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Baños, R., & Perpiñá, C. (2002). *Exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, C., & Muñoz, M. (2004). *Entrevista diagnóstica en salud mental*. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E., Godoy, A., Hornke, L., Ter Laak, J., Vizcarro, C., & Zaccagnini, J. L. (2003). Guías para el proceso de evaluación (GAP): Una propuesta a discusión. *Papeles del Psicólogo*, 84, 58-70.