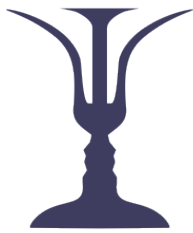


El Proceso de Evaluación Tratamiento e Intervención Psicológica

Arturo Bados López
Eugeni García Grau





NEUROHEALTH

Instituto de Neurociencias Aplicadas

NEUROCIENCIAS



El Proceso de Evaluación Tratamiento e Intervención Psicológica

Arturo Bados López

Doctor en Psicología y profesor titular de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Barcelona. Ha publicado varios libros, capítulos de libros y artículos en revistas científicas, la mayoría sobre trastornos de ansiedad. Es psicólogo especialista en Psicología Clínica y codirector de la Unidad de Terapia de Conducta, un servicio de asistencia psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, donde trabaja en tareas de investigación, labor clínica y formación de terapeutas.

Eugeni García Grau

Profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona y Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Forman parte de la Unidad de Terapia de Conducta, un servicio asistencial de la Facultad de Psicología, y tienen numerosas publicaciones sobre la psicología clínica y de la salud.



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos



Facultat de Psicologia
 Departament de Personalitat, Avaluació
 i Tractament Psicològics

EL PROCESO DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Arturo Bados López
Eugeni García Grau

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

28 de octubre de 2009

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

CONTACTO INICIAL Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MOTIVO DE CONSULTA Y OTROS PROBLEMAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANÁLISIS DEL PROBLEMA EN LA ACTUALIDAD

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

Variables personales

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

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

vida, los procesos cognitivos y los esquemas.

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

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

Variables ambientales

Las variables ambientales pueden ser físicas y sociales.

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

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

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

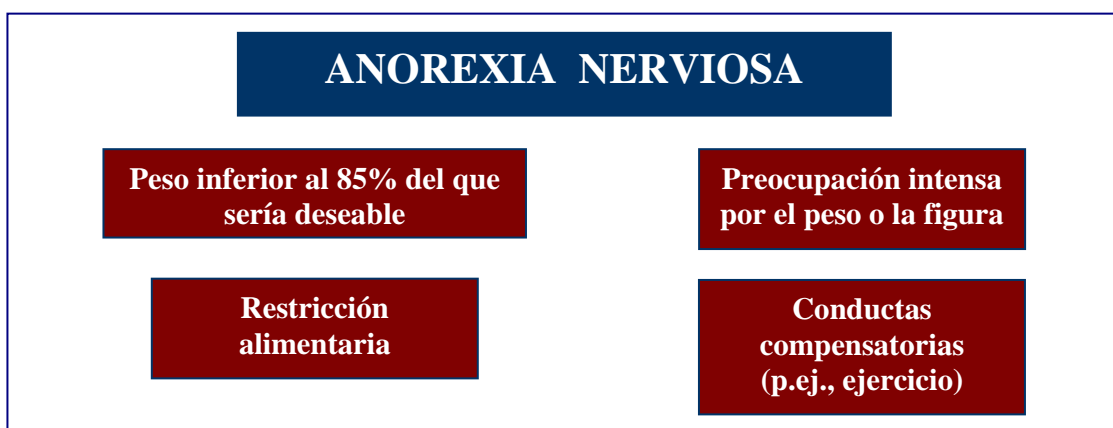
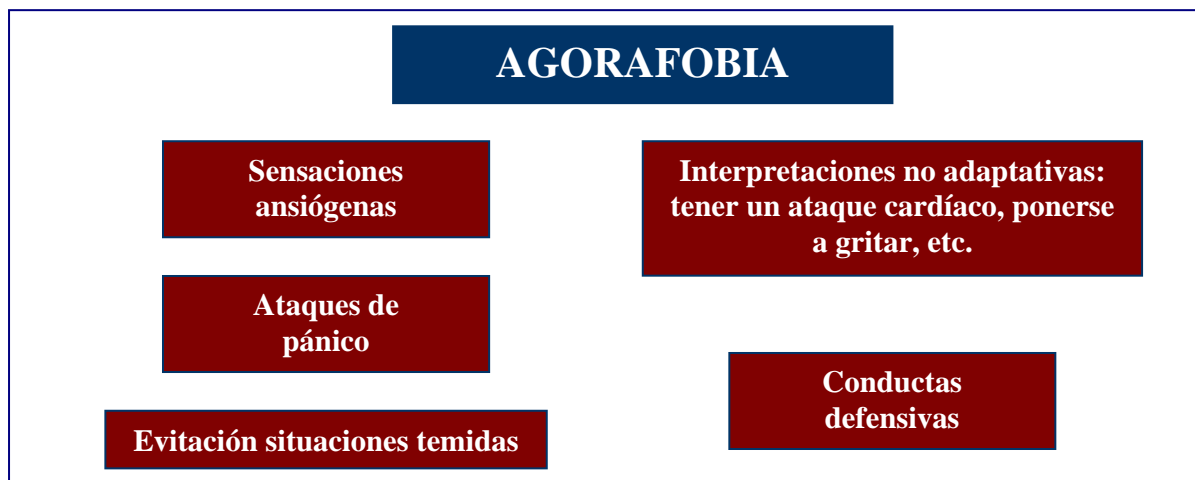
pueden influir otros factores tales como situaciones de conflicto interpersonal, problemas laborales, reacciones de la familia, baja laboral, nivel general de activación y preocupación general por la salud.

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

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

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

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



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

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

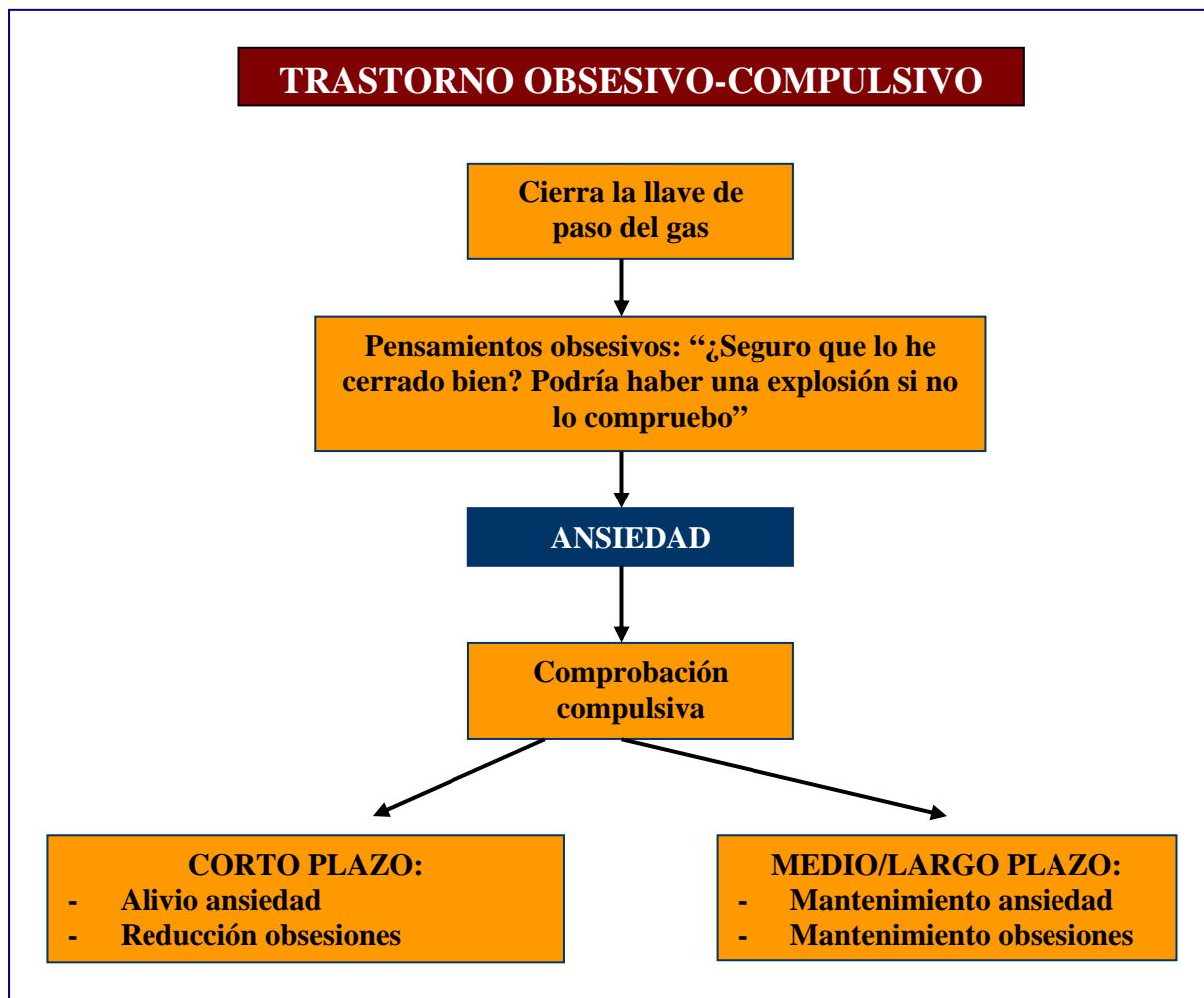
Puede descubrirse también que un cliente presenta ciertos **problemas que no ha mencionado**. Por ejemplo, un paciente puede indicar que bebe en exceso, que tiene conflictos maritales y que se encuentra insatisfecho en el trabajo, pero el terapeuta comprueba además que tanto su conducta en la entrevista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

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

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

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

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



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

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

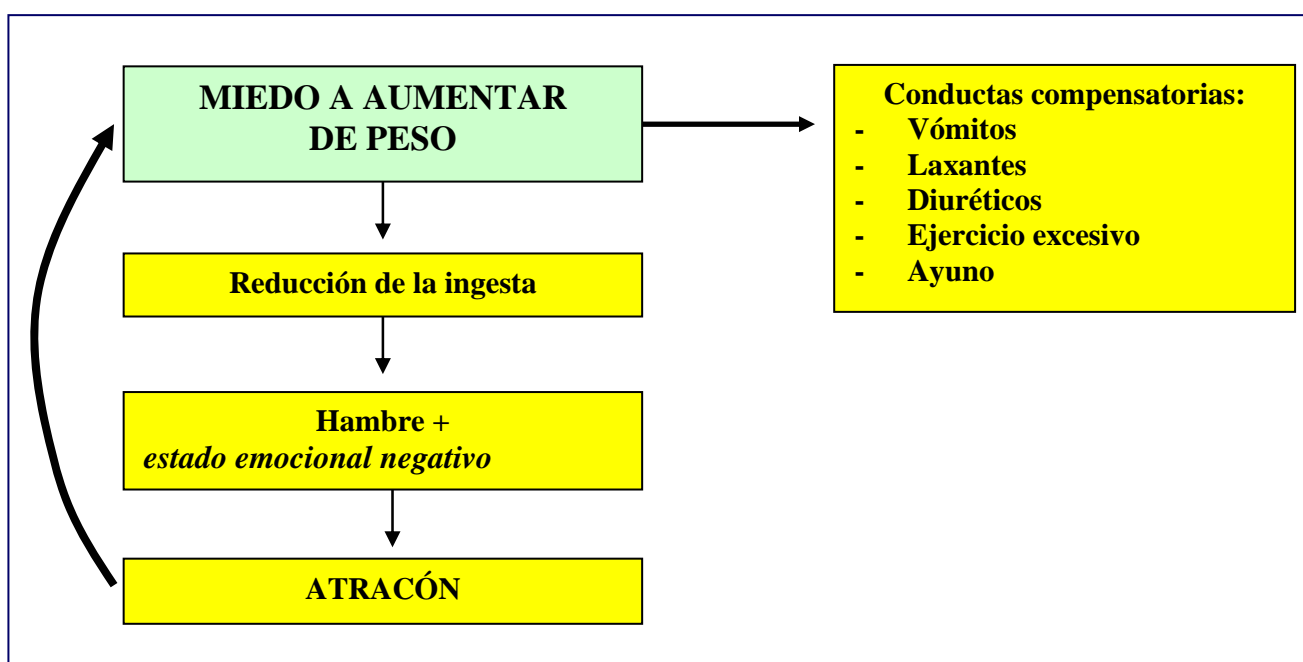
- **Los antecedentes son** aquellas variables ambientales y personales que preceden de una forma no muy lejana a la conducta de interés y que están funcionalmente relacionadas con esta. Es decir, la ocurrencia de los antecedentes influye en la frecuencia, duración y/o intensidad de la conducta considerada.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

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

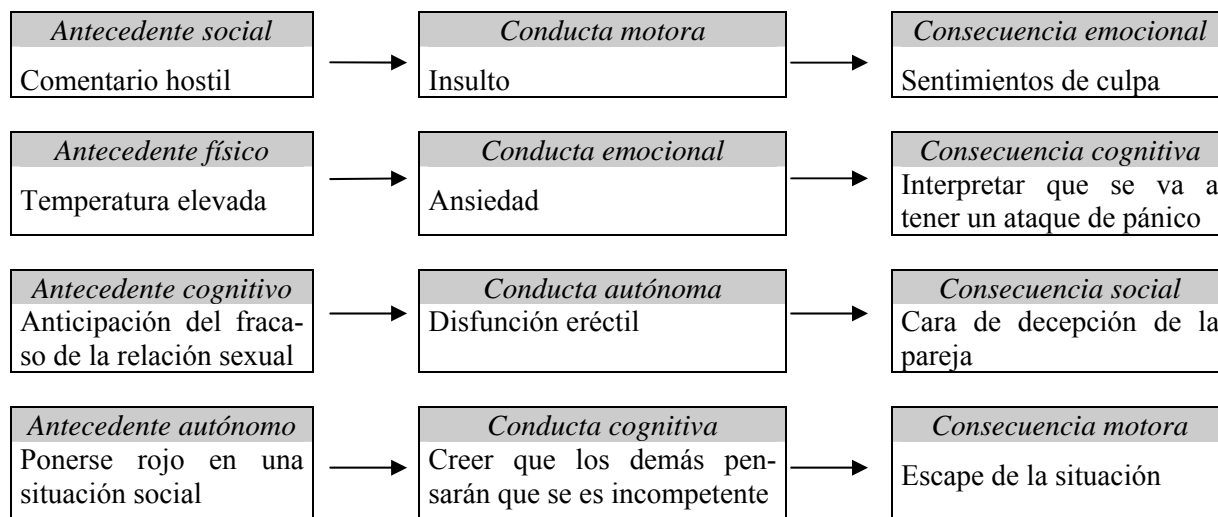
Si consideramos los atracones de una persona bulímica como la conducta problemática, algunos antecedentes y consecuencias de los mismos aparecen en la tabla siguiente:

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

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



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



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

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

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

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

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

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

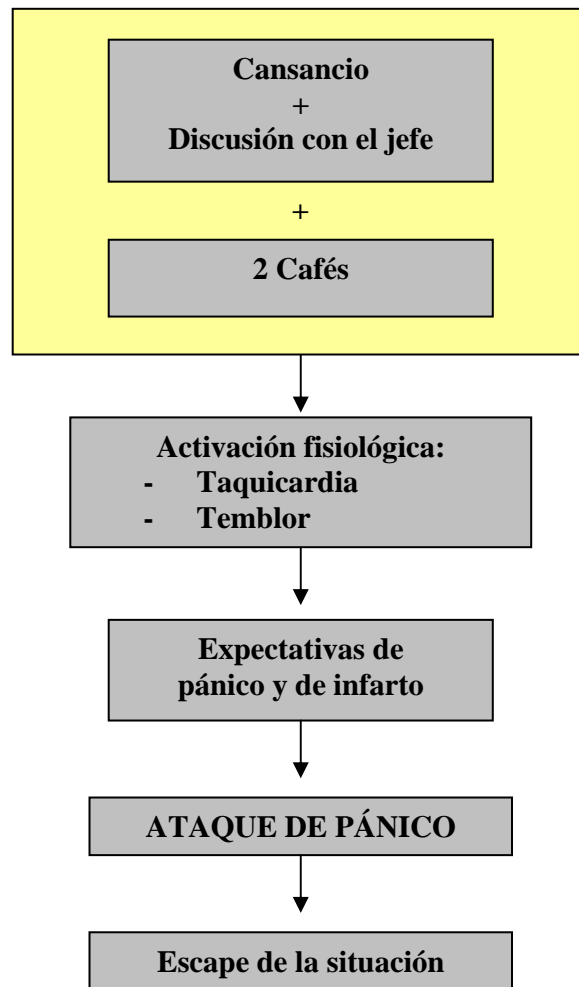
Tanto las variables antecedentes y consecuentes como las características personales estables pueden **contribuir a agravar o atenuar un problema**. Por ejemplo, el impacto de las situaciones estresantes se ve potenciado o atenuado según el grado en que se disponga de habilidades de resolución de problemas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

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

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

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

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



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

Gráfico de **relación unidireccional**

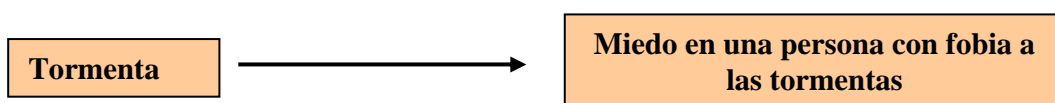
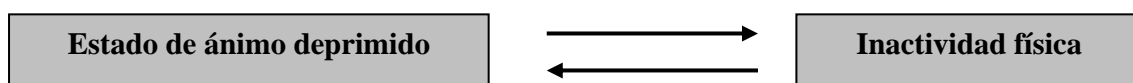


Gráfico de **relación recíproca**



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

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

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

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

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

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

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

b) Hacer una primera cuantificación de las variables relevantes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HISTORIA DEL PROBLEMA

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

Hay que preguntar por los siguientes aspectos:

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

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

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

TRATAMIENTOS PREVIOS Y ACTUALES DEL PROBLEMA EVALUADO

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

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

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

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

MOTIVACIÓN, OBJETIVOS Y EXPECTATIVAS

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

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

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

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

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

RECURSOS Y LIMITACIONES

Se puede preguntar por:

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

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

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS Y TRASTORNOS ANTERIORES

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

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

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

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

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

ÁREAS BÁSICAS DE LA VIDA

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

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

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

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

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

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

Métodos de evaluación empleados: Entrevista, cuestionarios.

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

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

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

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

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

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

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

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

FORMULACIÓN Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS EXPLICATIVAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONTRASTE DE HIPÓTESIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMPARTIR Y ACORDAR LA CONCEPTUALIZACIÓN CON EL CLIENTE

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

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

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

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

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

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

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISEÑO DEL TRATAMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN DURANTE EL MISMO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LA EVALUACIÓN TRAS EL TRATAMIENTO Y LA TERMINACIÓN DEL MISMO

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

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

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

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

ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS RESULTADOS

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

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

VALORACIÓN CLÍNICO-SOCIAL DE LOS RESULTADOS

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

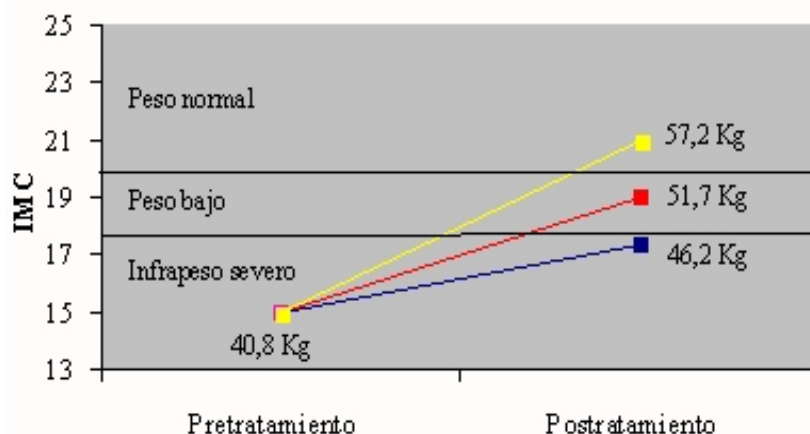
En la gráfica siguiente puede verse la evolución del peso del pretratamiento al postratamiento de **tres chicas anoréxicas** de 1,65 metros de altura y 40,8 kg de peso al inicio del tratamiento. Su Índice de Masa Corporal [IMC = $\text{Peso (en kilos)} / \text{Altura}^2 \text{ (en metros)}$] era 14,99,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

se ha situado en la categoría de peso saludable.

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

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

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS



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

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

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

trariamente por un grupo de expertos.

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

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

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

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

Criterios estandarizados de significación clínico-social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

rar que está dentro de la población funcional.

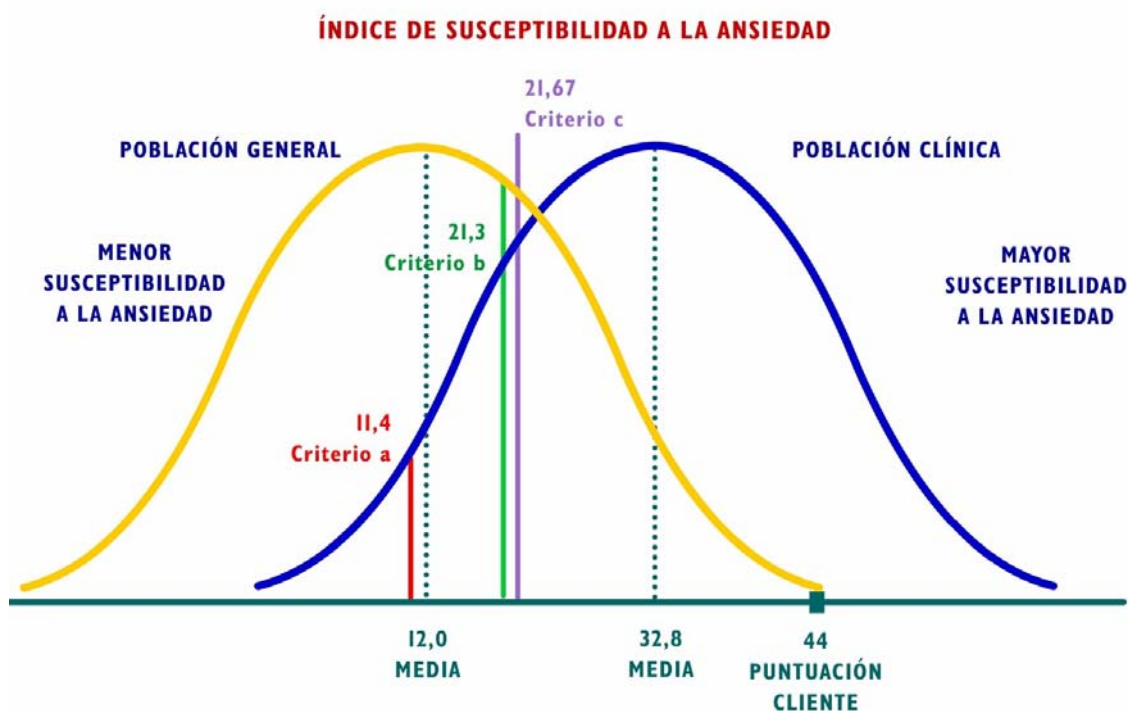
Muchas veces no se dispone de datos de la población funcional o *sana* –aquella que no presenta ningún trastorno (o, al menos, no el trastorno de interés)–, sino sólo de la población general, la cual incluye a personas que pueden tener el problema a nivel clínico o subclínico. Cuando los datos provengan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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Criterios prefijados de significación clínico-social: Nivel de mejora

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SEGUIMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLAS

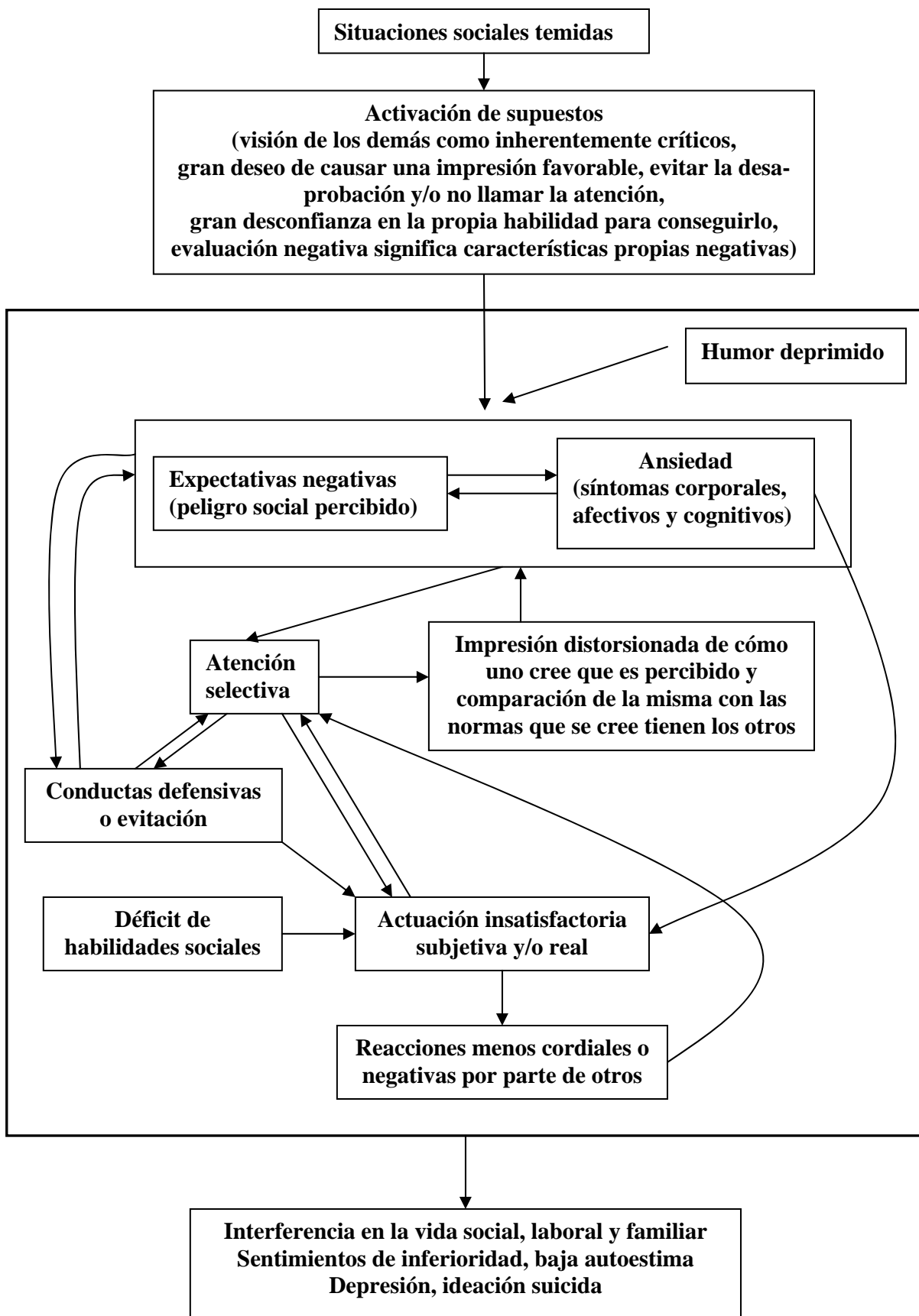


Figura 1. Modelo explicativo de la fobia social. (Adaptado de Bados, 2001a, pág. 46).

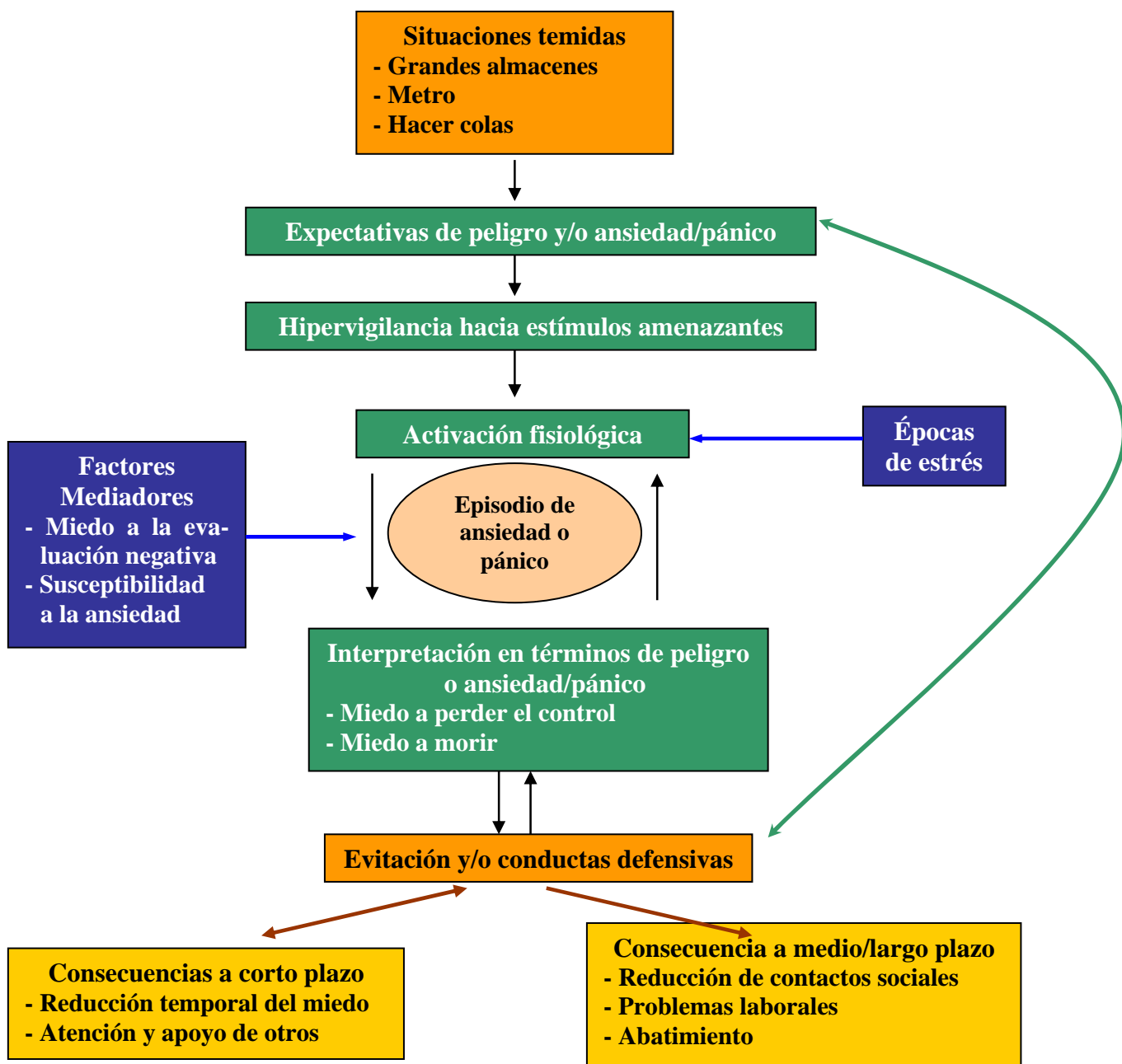
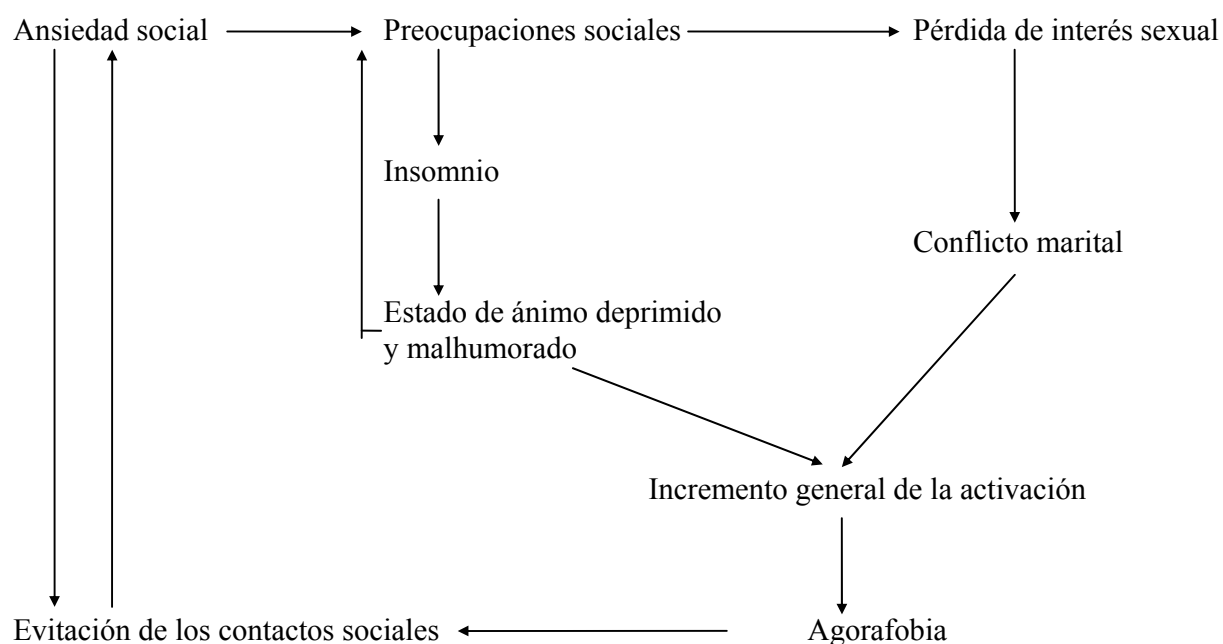


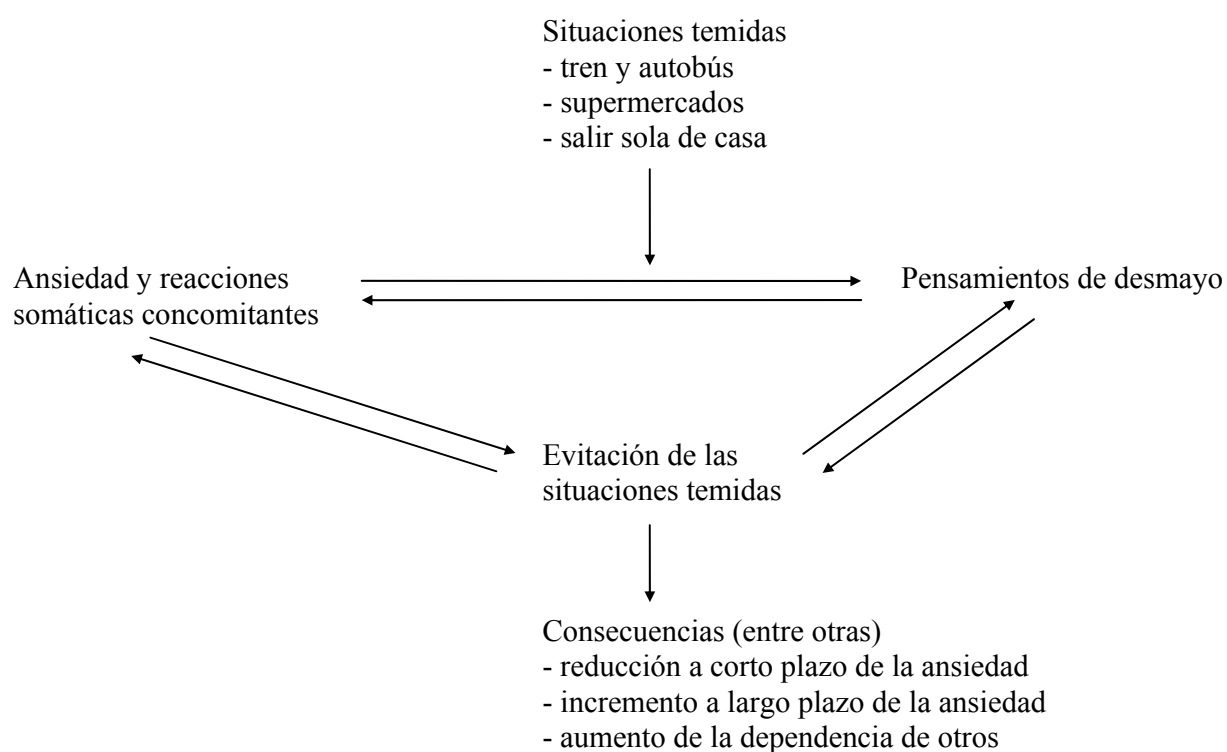
Figura 2. Modelo explicativo para una paciente con trastorno de pánico con agorafobia.

Figura 3. Macroanálisis.



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

Figura 4. Microanálisis.



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

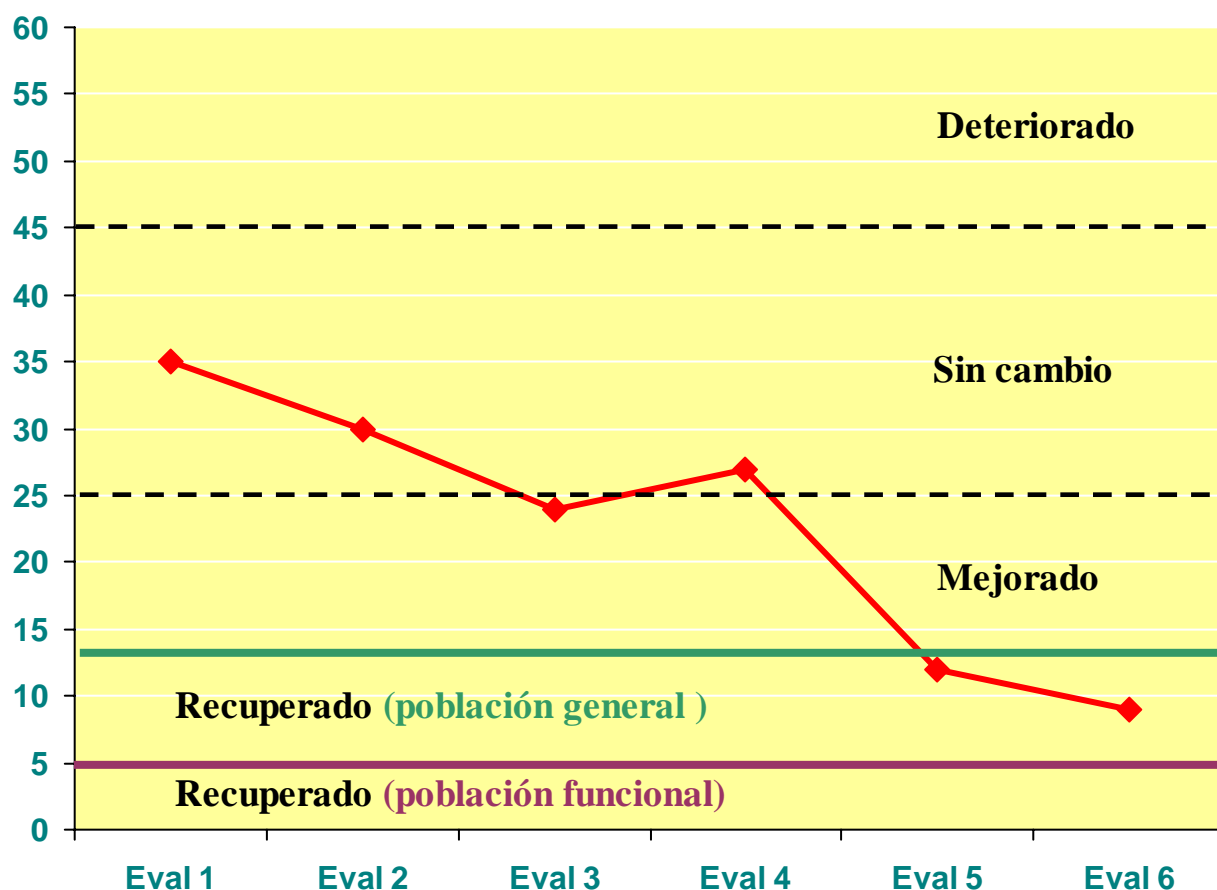


Figura 5. Evolución de un paciente en el Inventario de Depresión de Beck.

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

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

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

REFERENCIAS

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

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

APÉNDICE: INTERPRETACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS

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

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

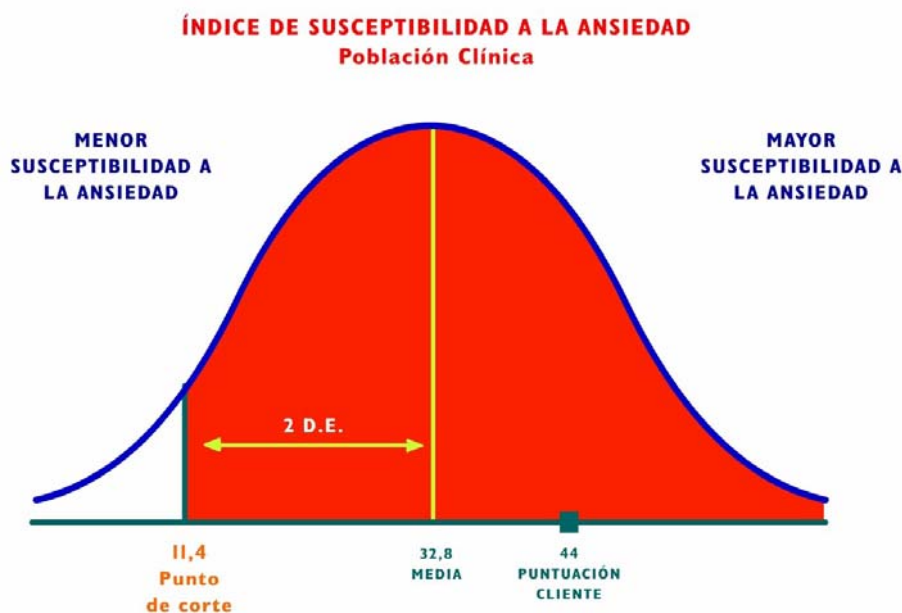
<i>Puntuación cliente</i>	<i>Población clínica (n = 35)</i>		<i>Población general española (n = 523)</i>	
	Media	DT	Media	DT
44	32,8	10,7	12,0	9,3

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

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

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

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

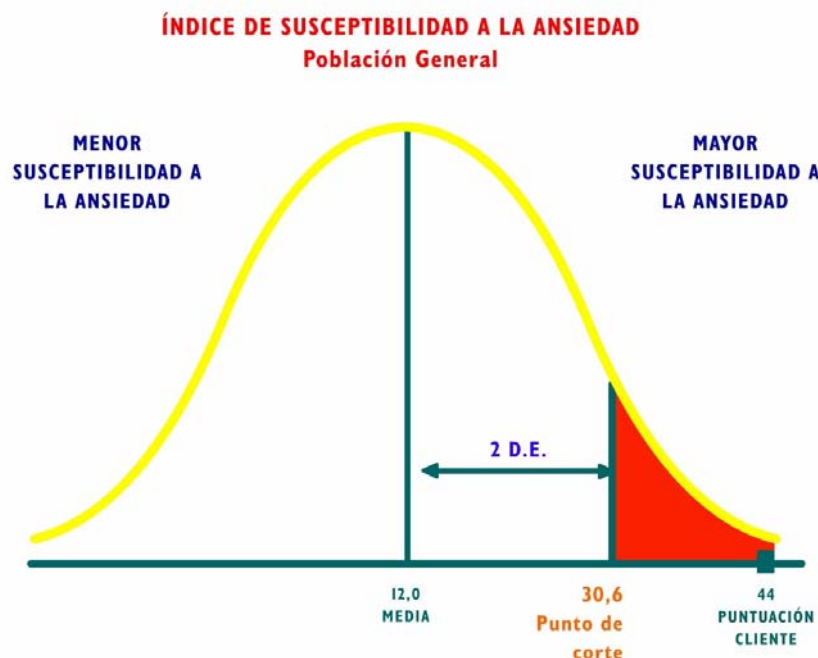


En cuestionarios como el Índice de Susceptibilidad a la Ansiedad, mayores puntuaciones corresponden a mayor sintomatología. En cambio, otros cuestionarios miden recursos, habilidades o características positivas. En este caso, para calcular el punto de corte, hay que sumarle a la media dos desviaciones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

Criterio b: Basarse en los datos de la población general

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

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



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

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

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

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

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

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

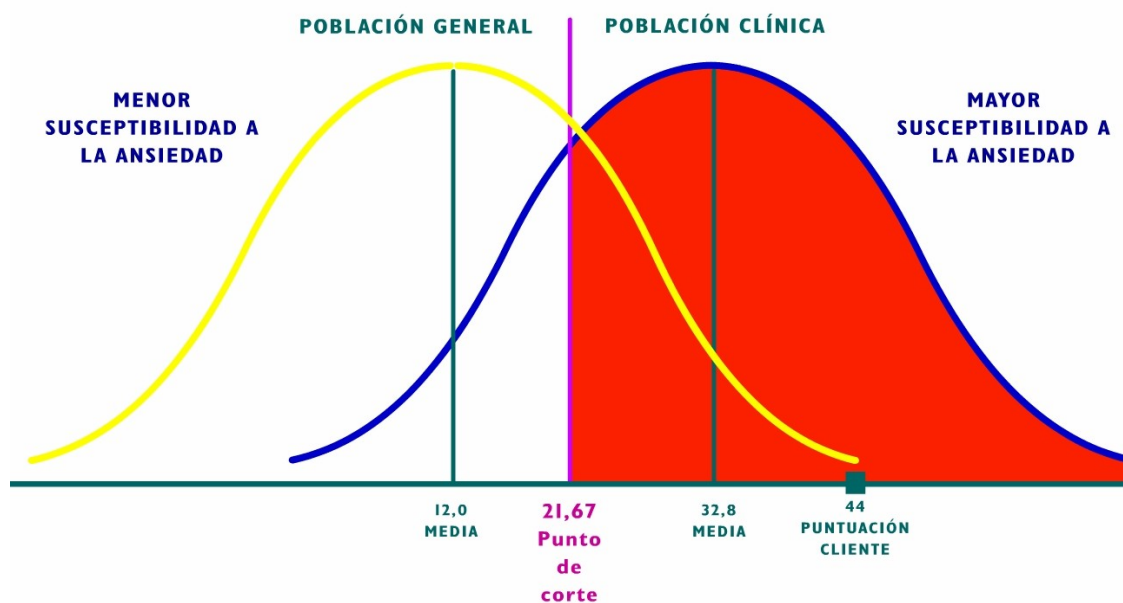
En el Inventario de Susceptibilidad a la Ansiedad, el criterio de funcionalidad se calcularía así:

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

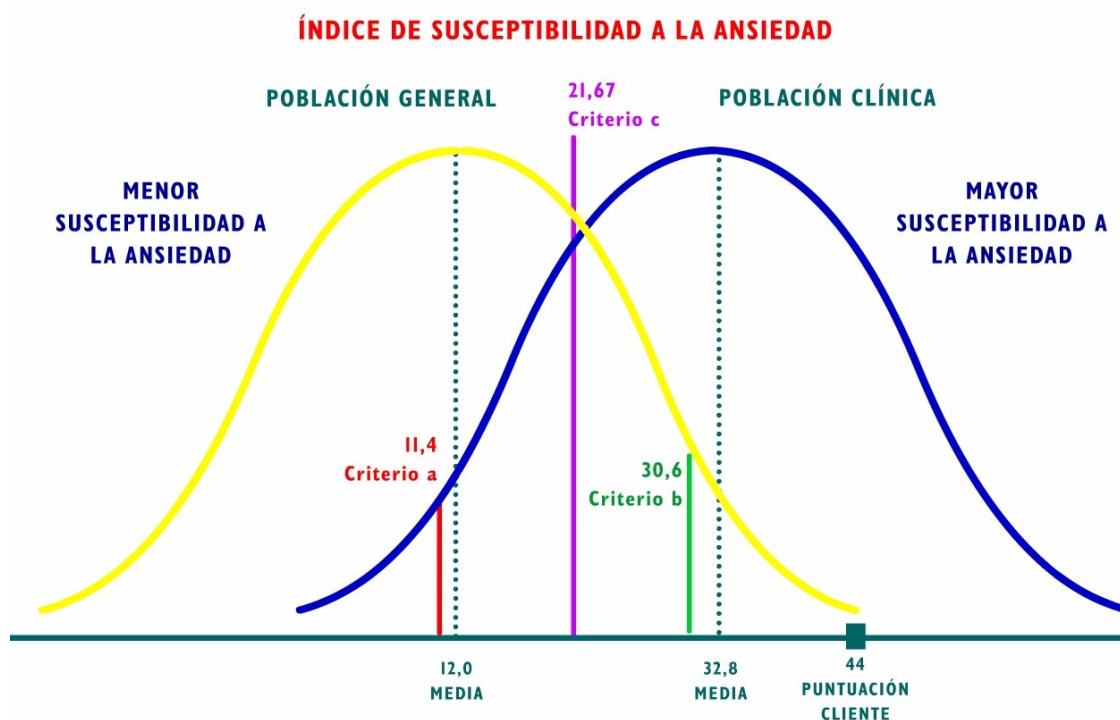
$$CF = \frac{(32,8 \times 9,3) + (12,0 \times 10,7)}{(10,7 + 9,3)} = 21,67$$

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

ÍNDICE DE SUSCEPTIBILIDAD A LA ANSIEDAD



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



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

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

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

EJERCICIO

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

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

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

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

RESPUESTA

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

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

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

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



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

SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

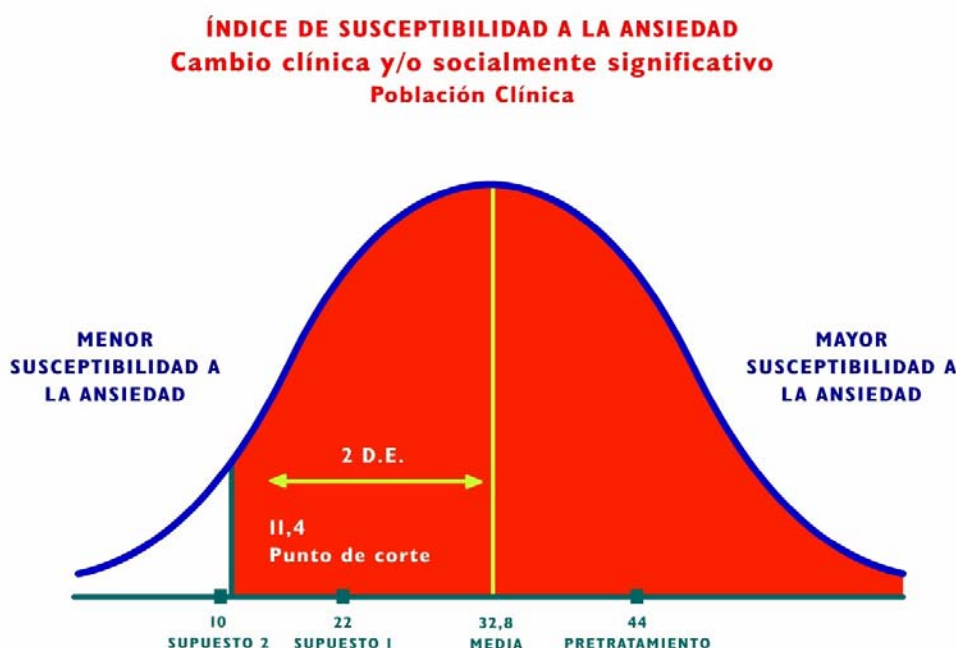
El objetivo del tratamiento es lograr un **cambio clínica y/o socialmente significativo**, es decir que desaparezcan o mejoren notablemente los problemas del cliente. Un modo de conseguir esto es comparar la puntuación obtenida por el cliente con la de un grupo normativo extraído de la población clínica,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

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

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

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

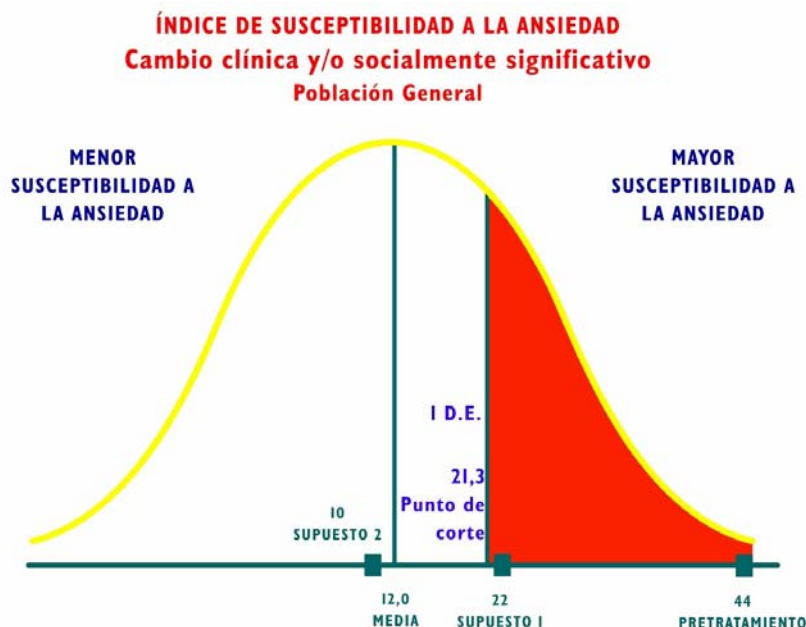
- **Supuesto 1.** La cliente obtiene en el postratamiento una puntuación de 22. A pesar de que la magnitud del cambio respecto al pretratamiento (puntuación 44) es notable, el nivel de susceptibilidad a la ansiedad continúa estando dentro de la población clínica.
- **Supuesto 2.** La cliente obtiene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



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

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

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

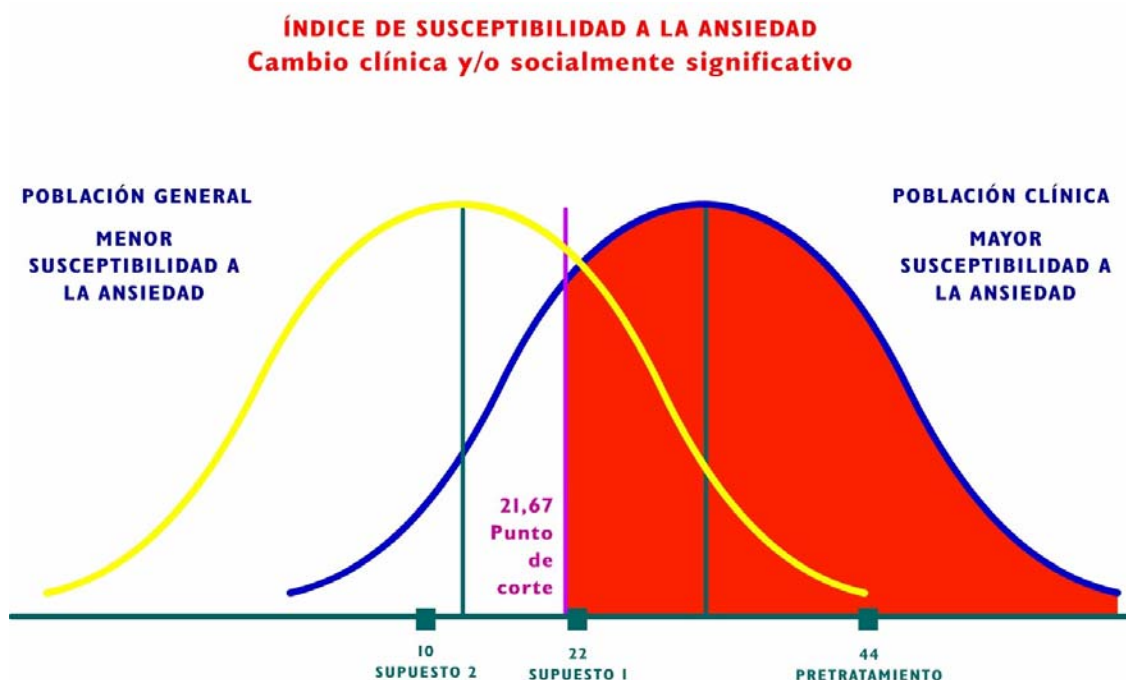


- c) **Basarse en los datos de la población clínica y de la población general.** El nivel de funcionamiento en el postratamiento o seguimiento es más probable que caiga en la distribución de la población general que en la de la población clínica. La puntuación obtenida debe sobrepasar el punto de corte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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

APÉNDICE: ANÁLISIS FUNCIONAL TENTATIVO

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

PRESENTACIÓN DEL CASO

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

Delimitación, determinantes y repercusiones del problema.

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

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

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

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

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

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

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

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

Historia del problema

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

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

Tratamientos previos y actuales

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

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

Enfermedades físicas y motivación

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

¹ LOS FINES DE LA EVALUACIÓN

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

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

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

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

² Otros **ejemplos de creencias** relacionadas con diversos aspectos son:

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

³ Es decir:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

agorafóbica.

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

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

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

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

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

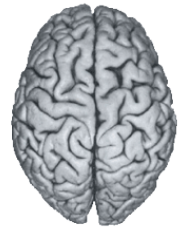
⁸ Himadi, Boice y Barlow (1986) proponen que el estatus de estado final de funcionamiento es significativo sólo para aquellos clientes que responden al tratamiento. En otras palabras, **los criterios de estado final de funcionamiento deben aplicarse sólo a los clientes que responden o mejoran con el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



NEUROHEALTH

Instituto de Neurociencias Aplicadas

NEUROCIENCIAS





Facultat de Psicologia
 Departament de Personalitat, Avaluació
 i Tractament Psicològics

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: CARACTERÍSTICAS Y MODELOS

Arturo Bados López

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

21 de octubre de 2008

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	2
ACTIVIDADES DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS	3
Evaluación.....	3
Tratamiento, prevención e intervención.....	3
Investigación	6
Enseñanza.....	6
Asesoramiento.....	6
Dirección y gestión.....	7
NIVELES DE INTERVENCIÓN	7
Intervención en pareja o familia.....	8
Intervención en grupo.....	8
Intervención en la comunidad	10
MODELOS DE INTERVENCIÓN	10
Modelo médico u orgánico.....	11
Modelo comunitario	11
Modelos psicodinámicos	13
Modelos fenomenológicos	18
Modelos sistémicos	24
Modelos conductuales y cognitivo-conductuales.....	28
FACTORES DIFERENCIALES ENTRE LOS DIVERSOS MODELOS DE INTERVENCIÓN	34
FACTORES COMUNES A LAS DISTINTAS ORIENTACIONES.....	36
ECLECTICISMO E INTEGRACIÓN	38
Tipos de eclecticismo y niveles de integración.....	39
Obstáculos para la integración	41

ÁREAS DE APLICACIÓN	42
REFERENCIAS	47

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas. **Ejemplos:** ayudar a una persona a reducir sus obsesiones, a una familia conflictiva a comunicarse mejor, a unos niños de un medio desfavorecido para prevenir el aumento de conductas agresivas incipientes, a adolescentes normales a mejorar sus habilidades de relación heterosexual. En general, los campos de aplicación de la intervención psicológica son muy variados: clínica y salud, educación, área laboral, programas comunitarios, deporte.

La **psicología clínica y de la salud** ha sido definida como aquella especialización de la psicología que aplica los principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por esta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y/o prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar (Colegio Oficial de Psicólogos, 1998). Los fenómenos que constituyen el centro de atención de la psicología clínica y de la salud son los trastornos mentales o del comportamiento (correspondan o no a criterios diagnósticos pre-establecidos), cualquier otro tipo de comportamiento (normal o patológico) que afecte a la salud y los procesos y estados de salud y bienestar.

La terapia psicológica (psicoterapia) es una parte de la psicología clínica y de la salud. Bernstein y Nietzel (1980/1988, pág. 320) **han definido la terapia psicológica** del siguiente modo:

1. La **terapia psicológica** consiste en una **relación interpersonal** entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un **entrenamiento y experiencia especial** en el manejo de los problemas psicológicos.
2. El otro participante es un cliente que experimenta algún **problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal** y ha pasado a formar parte de la relación (terapéutica) con el fin de resolver su problema.
3. La relación psicoterapéutica es una alianza de ayuda, pero con **propósitos bien definidos**, en la cual se utilizan varios **métodos, en su mayor parte de naturaleza psicológica**, con el objeto de provocar los cambios que el cliente desea y el terapeuta aprueba.
4. Estos **métodos se basan en alguna teoría formal** acerca de los problemas psicológicos en general y de la queja específica del paciente en particular.
5. **Independientemente de las inclinaciones teóricas, la mayoría de los terapeutas emplean varias técnicas de intervención:** fomentar el *insight*, reducir el sufrimiento emocional, fomentar la catarsis, proporcionar información nueva, diseñar tareas fuera de la terapia y aumentar la fe de los clientes y sus expectativas de lograr cambios.

Algunos autores han añadido que para poder hablar de **terapia psicológica**, esta debe estar

basada en una teoría científica de la personalidad, de sus trastornos y de la modificación de estos, y debe presentar evaluaciones empíricas de sus efectos, positivos y negativos (Huber, citado en Ávila, 1994, pág. 16). Esto es especialmente importante porque ya Parloff (citado en Ávila, 1994, pág. 18) dijo: "No hay forma de psicoterapia que haya sido iniciada sin pregonar que tiene ventajas terapéuticas únicas. Pero ninguna forma de psicoterapia ha sido abandonada a causa de su fracaso en cumplir lo que pregona".

La intervención psicológica formal no es sólo llevada a cabo por psicólogos clínicos, sino también por **psiquiatras** y, según los países, los **trabajadores sociales**, los **consejeros religiosos**, los **consejeros matrimoniales** y las **enfermeras psiquiátricas**. Por otra parte, no son sólo los profesionales los que brindan asistencia psicológica, sino que puede darse la participación de **paraprofesionales** más o menos entrenados (voluntarios, ex-pacientes, padres, maestros) bajo la supervisión de un profesional.

ACTIVIDADES DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS

Un psicólogo clínico se dedica a una o más de las siguientes actividades: **evaluación, tratamiento/prevención/intervención, investigación, enseñanza, asesoramiento y dirección/gestión** (Bernstein y Nietzel, 1980/1988; Colegio Oficial de Psicólogos, 1998; Kendall y Norton-Ford, 1982/1988).

EVALUACIÓN

En el proceso de evaluación, el psicólogo clínico trata de **identificar, especificar y cuantificar las conductas, capacidades, problemas, recursos y limitaciones de una o más personas así como las variables personales y ambientales que los mantienen**, con la finalidad de **explicar y modificar el comportamiento** o llevar a cabo cualquier tipo de análisis o intervención psicológica: **diagnóstico** (p.ej., a nivel clínico, pericial o institucional), **pronóstico** (predecir la evolución de un problema o la respuesta a cierta intervención), **orientación** (aconsejar cierto tipo de terapia o de carrera, ayudar a una pareja a decidir si se separa o no), **selección** (elegir o no a una persona para un determinado tratamiento a investigar, para cierto trabajo o para otorgarle ciertos permisos como el de armas o conducción de automóviles), **valoración de los resultados conseguidos con la intervención**.

De cara a conseguir los objetivos de la evaluación, se dispone de una serie de **métodos básicos**: entrevista (al cliente y a otras personas), cuestionarios y escalas (al cliente y a otras personas), autoobservación, observación, pruebas cognitivas objetivas, registros psicofisiológicos, pruebas médicas, datos de archivo/documentos históricos.

TRATAMIENTO, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

En esta actividad, el psicólogo **ayuda a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos o a mejorar las capacidades personales**. En este último caso, se emplea el nombre general de intervención más que el de tratamiento, el cual se reserva para aquellos casos en que el objetivo es resolver problemas presentes.

Posibles **ejemplos** de este tipo de actividad son: ayudar a una persona a reducir su estado de ánimo deprimido, a una pareja conflictiva a comunicarse mejor y saber negociar entre ellos, a una persona a manejar su dolor crónico, a unos niños de un medio desfavorecido para prevenir el au-

mento de conductas agresivas incipientes, a una institución de ancianos a cambiar su funcionamiento, a unos adolescentes a mejorar sus habilidades sociales, al público en general para que adquiriera o fomente ciertos hábitos de salud, etc.

Se suele distinguir entre: a) **Prevención primaria:** intervención dirigida a evitar la aparición de problemas (trastornos de ansiedad, drogadicción, SIDA, embarazos no deseados, trastornos cardiovasculares, etc.). La prevención primaria debe distinguirse de la *promoción de la salud*, en la cual la intervención se dirige a enseñar o potenciar repertorios saludables con el objetivo de mantener la salud y mejorar la calidad de vida. b) **Prevención secundaria:** intervención dirigida a identificar los problemas en la fase más temprana posible y a actuar lo más pronto que se pueda sobre los mismos para que no se agraven. c) **Tratamiento:** intervención sobre problemas ya consolidados. d) **Prevención terciaria:** intervención dirigida a prevenir recaídas en un problema ya tratado o a evitar complicaciones posteriores de problemas crónicos o mejorar la calidad de vida de las personas que los padecen. La prevención terciaria incluye el concepto clásico de rehabilitación.

Se ha criticado la anterior clasificación de tipos de prevención y se ha dicho que sólo debería hablarse de **prevención** en el caso de la prevención primaria. El **tratamiento** haría referencia a la intervención sobre problemas incipientes o establecidos y el término de prevención terciaria quedaría sustituido por el de **mantenimiento**. Dentro de esta nueva óptica se han distinguido tres tipos de prevención: a) **Universal:** dirigida a la población en general sin que las personas hayan sido seleccionadas por tener algún factor de riesgo para el trastorno que se quiere prevenir. b) **Selectiva:** dirigida a personas que tienen un riesgo mayor que otras personas de desarrollar el trastorno. c) **Indicada:** dirigida a personas de alto riesgo que ya presentan manifestaciones subclínicas precursoras del trastorno o en las que se ha detectado algún marcador biológico que predisponga al mismo. La prevención indicada se conoce también con el nombre de **atención temprana** (Tortilla-Feliu, 2002).

Existen diversos tipos de intervención: psicoanálisis, terapia psicodinámica, terapia de conducta, terapia cognitivo-conductual, análisis transaccional, terapia sistémica, etc. La intervención psicológica puede realizarse **con individuos, parejas, familias, grupos y comunidades**.

Lugares de intervención. La intervención puede llevarse a cabo en centros de salud mental, servicios hospitalarios de psiquiatría, servicios psiquiátricos de especialidades médicas (Medicina Interna, Reumatología, Rehabilitación, Hematología, Unidades de Dolor y de Cuidados Paliativos, etc.), centros municipales de promoción de la salud, centros de tratamiento de drogodependencias, centros educativos, centros de atención psicopedagógica, instituciones para retrasados mentales, centros de asistencia al menor, instituciones penitenciarias, residencias de ancianos, centros de acción social, centros de rehabilitación de inválidos, equipos deportivos, centros militares, empresas, asociaciones de afectados (p.ej., ludopatía, anorexia/bulimia, agorafobia, cáncer) y práctica privada.

La intervención psicológica puede aplicarse **para alcanzar metas más o menos limitadas o ambiciosas:** resolver conflictos inconscientes (enfoque psicoanalítico), ayudar a aceptarse a sí mismo (terapia no directiva), integrar sentimientos conflictivos (terapia gestalt), encontrar un significado a la vida (psicoterapia existencial), modificar creencias negativas (terapias cognitivas), lograr comportamientos adaptativos (terapia de conducta) o conseguir combinaciones de estos objetivos (enfoques eclécticos). Aunque estos son objetivos característicos de cada una de las orientaciones terapéuticas citadas, no se infiere de aquí que no puedan ser conseguidos por otras orientaciones.

La intervención puede aplicarse en **régimen ambulatorio o de internado** y ser conducida por **uno o más psicólogos** constituidos en equipo. Puede durar desde una o unas pocas sesiones

(p.ej., en situaciones de crisis o asesoramiento) hasta varios años, aunque lo más frecuente es que se extienda de **5 a 50 sesiones de alrededor de 1 hora** (2-2,5 horas, si el tratamiento es en grupo) **y de frecuencia semanal**. El número de sesiones depende del tipo y número de problemas y de la gravedad de los mismos. Las sesiones pueden ser desde **poco o nada hasta muy estructuradas** y en ellas predominar la participación del paciente o del terapeuta. La terapia puede basarse principalmente en la **relación o apoyarse también en ciertas técnicas**. Puede ser **gratuita o más o menos onerosa** y sus **resultados** suelen ser positivos. De todos modos, al menos un tercio de los pacientes no acepta o abandona el tratamiento, un porcentaje significativo (variable según los trastornos) de los que lo siguen no cambian, algunos empeoran y entre los que mejoran, las recaídas se dan con una cierta frecuencia, mayor o menor según los trastornos.

La intervención puede ser aplicada **presencialmente o a través de medios como el teléfono, correo, ordenador o internet** (*e-mail*, videoconferencia, *chat*). Esta forma no presencial puede ser también complementaria a la terapia presencial, en cuyo caso parece especialmente beneficiosa. El cumplimiento del tratamiento mejora cuando se utiliza internet para apoyar la realización de las actividades (especialmente en trastornos crónicos); este apoyo puede ser proporcionado por el terapeuta, pero también por otros pacientes (comunidad virtual).

La intervención no presencial por sí sola es útil cuando el cliente: a) tiene dificultades físicas o geográficas para acudir a la consulta del profesional o su problema se lo impide (p.ej., agorafobia o fobia social graves), b) quiere seguir la terapia con el mismo terapeuta, pero debe ausentarse por traslado u otras causas, c) desea un anonimato mayor o total, d) es capaz de comunicarse eficazmente a través de los medios técnicos citados, e) posee los recursos para manejar sus problemas con el apoyo no presencial, f) presenta un trastorno no muy grave, g) desea simplemente hacer una consulta o solicitar asesoramiento psicológico. Aparte de las ventajas implicadas en lo que se acaba de decir, la terapia no presencial facilita una comunicación más frecuente y rápida (con la excepción del correo postal), favorece la autorrevelación al no estar presente el terapeuta y puede ser el primer paso antes de decidirse a realizar una terapia presencial.

La intervención no presencial también tiene desventajas: a) se pierde parcial o totalmente la comunicación no verbal, b) disminuye la espontaneidad y naturalidad, c) se requiere una gran habilidad en la comunicación escrita para establecer una buena relación terapéutica, d) aumenta la dificultad para evaluar con exactitud lo que le pasa al cliente cuando se emplean sólo medios escritos y/o hay una pérdida de comunicación no verbal, e) si se emplean únicamente medios escritos, se transmite menos información y de forma más lenta, f) es más difícil enseñar técnicas terapéuticas y controlar la marcha del tratamiento, g) especialmente en el caso de internet, existe el problema de que otras personas puedan acceder a la información transmitida, por lo que hay que adoptar las debidas precauciones. El Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña ha elaborado unas recomendaciones para la intervención psicológica mediante internet (Comisión Deontológica del COPC, 2001).

Por otra parte, existen **programas de autoayuda** que se basan en manuales (y, a veces, en otro material de apoyo como cintas de vídeo y magnetofónicas o programas de ordenador) y en algunos contactos telefónicos o por correo (postal, electrónico) con el terapeuta. Se han obtenido resultados relativamente satisfactorios con programas de este tipo dirigidos a trastornos fóbicos, de pánico y obsesivo-compulsivo, insomnio, pesadillas recurrentes y depresión (Echeburúa y de Corral, 2001; Marks et al., 2003). Los programas de autoayuda con mínimo o nulo contacto directo con el terapeuta y poco contacto no presencial (hasta 3 horas en total de contacto telefónico, postal o por internet) están especialmente indicados cuando el trastorno no es muy grave y los clientes no pueden acceder a un tratamiento formal con un terapeuta por razones geográficas o económicas. Sin embargo, existen discrepancias sobre si los resultados son similares o inferiores a cuando el terapeuta ayuda al cliente durante el tratamiento y/o supervisa directamente (o, quizá, por teléfono) la marcha del tratamiento. Además, con los programas de autoayuda puede aumentar

el número de personas que no aceptan o abandonan el tratamiento. Finalmente, **no parecen funcionar los programas de autoayuda puros** (biblioterapia) sin ninguna guía presencial o no presencial (teléfono, correo) por parte del terapeuta (Febbraro et al., 1999; Fletcher et al., 2005).

INVESTIGACIÓN

Algunos psicólogos clínicos se dedican a la investigación clínica. Las **formulaciones teóricas y los procedimientos de evaluación e intervención son empíricamente evaluados**, es decir, se valora su adecuación o eficacia utilizando una **metodología científica** (de tipo experimental cuando es posible). Sin embargo, muchas investigaciones siguen presentando serias dificultades metodológicas.

Aunque algunos psicólogos siguen basándose únicamente en estudios de casos y en impresiones subjetivas, **lo deseable es tener en cuenta los resultados de la investigación clínica**, especialmente la realizada en circunstancias que resaltan su validez externa. **Esto no es óbice para reconocer que la propia práctica clínica proporciona ideas** para refinar y mejorar los procedimientos experimentalmente evaluados y que deben tomarse múltiples decisiones con relación a aspectos que no han sido investigados o no lo han sido suficientemente.

Ejemplos de investigaciones importantes pueden ser la construcción y validación de pruebas psicométricas, el estudio de las causas y consecuencias de los trastornos psicológicos, la comparación de tratamientos psicológicos y farmacológicos de distintos trastornos (p.ej., depresión), el estudio de la eficacia de determinadas estrategias para mantener los resultados del tratamiento, el análisis de la eficacia de ciertos tratamientos con menor participación del terapeuta, el estudio de la relación entre ciertas características y comportamientos del terapeuta y los resultados del tratamiento, la eficacia comparativa de tratamientos estandarizados e individualizados, la determinación del valor pronóstico de determinadas variables, el estudio de los mecanismos responsables de la eficacia de un determinado tratamiento, etc.

ENSEÑANZA

Esta actividad es común en los psicólogos clínicos empleados en **universidades**. Pero también es frecuente que sea llevada a cabo por psicólogos en otras **instituciones y centros privados**. Materias que pueden impartirse son psicopatología, evaluación, terapia de conducta, psicoterapia dinámica, psicología clínica, psicología de la salud, personalidad, etc.

La enseñanza no se limita a estudiantes de psicología, sino que incluye a psicólogos en ejercicio, a otros profesionales (como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, policías) y al público en general. Pueden darse cursos sobre autoafirmación, sexualidad, comunicación en la pareja y formas de hacer frente a la tensión, entre otros temas.

Un tipo especial de enseñanza es la **formación de futuros psicólogos clínicos y la supervisión sistemática**, individual o en grupo, de los casos que llevan y de las investigaciones que realizan. Esto requiere el empleo de instrucciones (y, si es posible, modelado), práctica, retroalimentación (verbal y mediante grabaciones) y reforzamiento.

ASESORAMIENTO

Se refiere a la **ayuda y asesoramiento que el psicólogo puede ofrecer a organizaciones de**

distintos tipos: Instituto Nacional de Salud, compañías sanitarias privadas, escuelas, centros de asistencia primaria, hospitales, cárceles, centros para drogodependientes, grupos de autoayuda, unidades de geriatría, juzgados, etc. **El asesoramiento puede ser solicitado también por personas** que trabajan en estas organizaciones o en centros privados y que desean mejorar su trabajo o resolver ciertos problemas planteados en el mismo.

El asesoramiento puede ser de distintos tipos. El psicólogo puede **tratar directamente o aconsejar cómo se puede manejar un caso problemático** sobre el que se le ha consultado (tratamiento más aconsejable para un paciente, posibilidad de libertad condicional para un preso, concesión de la tutela de un menor a uno u otro padre). Puede **reunirse periódicamente con los miembros de una institución para discutir métodos de manejo de los problemas que se presentan con los pacientes, clientes o personal.** En vez de centrarse en casos concretos, puede **dirigirse a los aspectos de la organización que están provocando los problemas;** así, puede elaborar un plan de evaluación para valorar los servicios de un centro de acogida de menores o puede diseñar un plan para favorecer la congruencia en la aplicación del tratamiento entre diferentes turnos de personal de un hospital.

El trabajo de asesoramiento o consultoría no es fácil porque el **psicólogo es visto por el resto del personal como un extraño y, a veces, como un intruso.** Esto puede conducir a una falta de colaboración o a una manipulación de la información por parte de las personas que ven amenazados sus empleos o consideran que se pone en duda su eficacia. El psicólogo puede convertirse en un chivo expiatorio al que se echarán todas las culpas caso de que lo que propone no funcione, aunque esto sea debido a la interferencia o sabotaje de parte del personal.

DIRECCIÓN Y GESTIÓN

Se refiere a la **dirección y gestión de un organismo o institución** e incluye **funciones como** organización de recursos, coordinación de actividades del personal, distribución del presupuesto, toma de decisiones sobre la marcha de la institución, redactar informes para las autoridades, presidir reuniones, manejo de conflictos entre el personal, contratación y despido de personal, trato con otros directivos, recibir a visitantes importantes, representar a la institución en reuniones y ante el gran público, delegar responsabilidades en personas o comités, etc. Un psicólogo puede formar parte de uno de estos comités y ejercer también así funciones gestoras.

Como **ejemplos de puestos directivos,** un psicólogo puede ser director de un departamento universitario de psicología, de un programa de postgrado en psicología clínica, de un centro de asesoramiento para estudiantes, de un servicio de consulta externa en un hospital, de un centro de salud mental, etc.

NIVELES DE INTERVENCIÓN

La intervención psicológica puede llevarse a cabo a distintos niveles: individual, parejas, familias, grupos y comunidades. Los distintos niveles no son excluyentes; así, puede combinarse el tratamiento en grupo con sesiones de asistencia individual. El **nivel individual** es uno de los más frecuentes, si no el que más. El psicólogo trabaja con una persona de modo exclusivo o casi exclusivo para ayudarle a reducir o superar un trastorno, eliminar o reducir comportamientos de riesgo, adquirir o potenciar hábitos saludables, afrontar una enfermedad crónica, etc. El resto de niveles se explican a continuación.

INTERVENCIÓN EN PAREJA O FAMILIA

Está recomendado cuando el **problema es de dos o más miembros**, y no sólo del supuesto paciente, y los mencionados miembros **están dispuestos a participar** en la terapia. Esto último es siempre lo más recomendable.

En la terapia de pareja y familiar **se busca que** los miembros implicados: a) se den cuenta de su propia contribución al problema y de los cambios positivos que pueden realizar, y b) mejoren sus pautas de comunicación e interacción de cara a la resolución del problema. La terapia en pareja o familia puede ser **precedida, seguida o acompañada de terapia individual** para alguno de los miembros, cuando estos presentan algún problema que no está relacionado con el sistema.

La **terapia de pareja puede estar indicada cuando** hay conflictos de valores, creencias, estilos de vida o metas, o cuando hay problemas en las áreas de comunicación, afecto, fidelidad, educación de los hijos, manejo del dinero, sexo, autonomía personal o dominio-sumisión.

La **terapia de familia puede estar indicada cuando** hay problemas de comunicación, crisis familiares o problemas de algún miembro de la familia mantenidos por los patrones de interacción en esta.

INTERVENCIÓN EN GRUPO

Esta modalidad de tratamiento depende de que se pueda contar con varias personas que presenten **problemas similares** (p.ej., trastorno de pánico) **o tengan un objetivo común** (p.ej., aprender habilidades de cuidado y educación de los hijos) y cuyas características no les impidan la participación en el grupo o incidan negativamente en el funcionamiento de este. Siempre que sea posible, parece **recomendable conducir un tratamiento en grupo**, ya que, en general, es al menos igual de eficaz que el individual y presenta además una serie de ventajas adicionales. También hay posibles inconvenientes que es necesario conocer para poder manejarlos caso de que surjan.

Posibles **ventajas de los grupos:**

a) Descubrir que los propios problemas no son únicos, b) mayores expectativas de mejora, c) disponer de varios modelos, puntos de vista y fuentes de información y retroalimentación, d) mayor credibilidad de los puntos de vista acordados entre todos o suscritos por una mayoría, e) aumento de la motivación debido al apoyo y presión del grupo, al compromiso público delante de este y a la observación de los progresos de los otros.

f) Posibilidad de ayuda mutua dentro y fuera de las sesiones, g) facilitación de la independencia respecto al terapeuta y de la confianza en los propios recursos, h) desarrollo de habilidades sociales, i) sentirse parte de algo que se valora (cohesión; los miembros de los grupos cohesivos se aceptan bien entre sí, se apoyan y están más dispuestos a escuchar, participar y dejarse influir por los otros), j) potenciación de la liberación emocional.

k) Aprendizaje de nuevas reglas básicas de la vida (esta es a veces injusta, no es posible escapar de las penas y de la muerte, hay que afrontar los problemas), l) aprendizaje de nuevos comportamientos, creencias y sentimientos en áreas que fueron problemáticas desde la niñez o adolescencia (dependencia, rebelión sistemática ante la autoridad, rivalidad), m) ahorro de tiempo y esfuerzo por parte del terapeuta, y n) se trata a más personas y a un menor costo.

Posibles inconvenientes de los grupos:

a) La dinámica del grupo puede escapar al control del terapeuta, b) modelos de comportamientos negativos que pueden contagiarse, c) consejos e información inadecuados por parte de miembros del grupo, d) celos del progreso de otros o desmotivación al comparar los propios avances con los de los demás, e) ansiedad creada por la situación de grupo (especialmente en fóbicos sociales graves).

f) Pérdida de la flexibilidad necesaria para solucionar problemas individuales (en estos casos habrá que combinar el tratamiento grupal con el individual o llevar a cabo sólo este último), y g) puede llegar a crearse un grado de cohesión tal dentro del grupo que algunas personas pueden solucionar sus necesidades afiliativas básicas con un mínimo de esfuerzo y dentro del mismo grupo sin necesidad de establecer otras relaciones interpersonales.

El tratamiento grupal no es adecuado para pacientes prolijos, agresivos, paranoides, narcisistas, no motivados o que requieren una gran atención, ya que no se van a beneficiar del grupo o van a retrasar o impedir el progreso de este. Similarmente, otros pacientes inadecuados para el tratamiento en grupo pueden ser los **fóbicos sociales graves** (estarán tan ansiosos que no cumplirán el tratamiento o lo abandonarán), los **depresivos graves** (no se van a implicar y pueden desmoralizar a los demás) y los que **siguen abusando de los fármacos psicotropos, drogas y/o alcohol cuando desean tratar otros problemas** (el abuso puede interferir con la resolución de dichos problemas).

El tamaño del grupo puede ser de 5-7 personas, aunque ha llegado hasta 12. El grupo debe ser lo suficientemente amplio como para facilitar el contacto con varias personas, pero no tanto como para dispersar la atención del terapeuta, dificultar o trivializar las interacciones del grupo o favorecer la aparición de miembros *aislados*. Es buena idea contar con un **coterapeuta**, que puede ser un paraprofesional, ya que el trabajo para un solo terapeuta es difícil y cansado. **Para grupos más grandes** de 6 personas es buena idea contar con un **coterapeuta**.

Las sesiones de grupo suelen durar alrededor de **2-2,5 horas**, en vez de los 50-60 minutos de las individuales, pero pueden reducirse a 30-45 minutos con aquellas personas que presentan dificultades de concentración (p.ej., pacientes con esquizofrenia o deficiencia mental). Se recomienda que los **clientes sean similares en ciertas características importantes** (nivel sociocultural, intervalo amplio de edad) y que el grupo esté relativamente equilibrado en cuanto a variables como sexo y gravedad del problema abordado. Si una persona difiriera marcadamente del resto, podría abandonar el tratamiento. De todos modos, no hay datos claros al respecto.

Para que un grupo funcione, tiene que **conocer y cumplir ciertas normas**: consentimiento voluntario, asistencia a las sesiones, puntualidad, participación en el grupo, respeto a las intervenciones y opiniones de los otros, confidencialidad de lo tratado en el grupo y realización de las actividades entre sesiones.

El terapeuta no debe ejercer el papel de un líder autoritario, pero tampoco permitir que el grupo vaya a su libre albedrío perdiendo de vista los objetivos de la terapia y la forma más eficaz de conseguirlos. **Labores del terapeuta** son establecer las normas de funcionamiento del grupo, velar por su cumplimiento, moderar las intervenciones y controlar los factores que pueden perturbar el funcionamiento del grupo y la consecución de las metas propuestas (clientes prolijos, retroalimentaciones inadecuadas, formación de subgrupos, chivos expiatorios, etc.). Algo que conviene conocer al respecto son los **roles que surgen dentro de los grupos**, tal como puede verse en **Kendall y Norton-Ford (1982/1988, págs. 636-638)**.

INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD

Mientras que en las intervenciones individuales o en grupo se ayuda a una o unas pocas personas, en las intervenciones en la comunidad se trata de **modificar el medio en el que viven las personas con la finalidad de ayudar a muchas personas a prevenir o resolver problemas o adquirir nuevas capacidades**. Hay dos formas básicas de modificar el medio físico y social: **introducir cambios en instituciones y programas existentes** (hospitales, escuelas, centros de salud mental, prisiones) o **crear nuevos servicios y programas** (pisos protegidos, grupos de autoayuda para padres que maltratan a sus hijos, programas de prevención del infarto, redes de apoyo social para personas mayores o solas).

Aunque las habilidades clínicas (p.ej., las de comunicación interpersonal y resolución de problemas) son igualmente útiles para las intervenciones comunitarias, estas requieren además una **competencia para entenderse con las organizaciones sociales**.

Las intervenciones comunitarias tienen varios peligros de los que conviene ser consciente: a) la intervención puede satisfacer no tanto los objetivos de los miembros de la comunidad, sino los de la clase dirigente política y económica (clase alta y media-alta); b) la intervención puede ir dirigida simplemente a cubrir un expediente sin que haya una intención verdadera de cambiar las cosas (p.ej., ciertos programas de reinserción); c) la intervención puede estar muy centrada en los efectos a corto plazo, olvidando los efectos a largo plazo y las posibles repercusiones de la intervención en distintos sectores sociales.

Por último, **el fracaso de una intervención comunitaria tiene mayores repercusiones que las de una intervención con individuos, familias o grupos**. Los posibles efectos perjudiciales pueden afectar a más personas y además influir negativamente en la puesta en marcha o continuación de otras intervenciones comunitarias que verán disminuir o desaparecer sus recursos.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

Existen **diferentes modelos teóricos que varían en diversos aspectos importantes** tales como: forma de concebir la conducta normal y anormal y los trastornos psicológicos, variables relevantes en el desarrollo y mantenimiento de dichas conductas y trastornos, relaciones existentes entre dichas variables, modos de recoger los datos pertinentes, objetivos a conseguir con la intervención y modo de llevar a cabo esta.

Un modelo permite organizar la información adquirida, facilita la comunicación con otros profesionales que siguen el mismo modelo y es una guía que orienta la toma de decisiones del clínico y la investigación. Sin embargo, un modelo también puede constituir una **f fuente de problemas**. Por ejemplo, cuando se generaliza en exceso intentando explicarlo todo con un modelo que ha sido validado sólo con ciertos comportamientos o cuando el modelo lleva a buscar sólo ciertos aspectos en detrimento de otros que pueden ser tanto o más importantes. Además, el lenguaje propio de cada modelo dificulta la comunicación con los seguidores de otros modelos, con lo cual es difícil entenderse; de modo que se pueden estar diciendo las mismas cosas con distintas palabras o expresando diferentes significados con los mismos términos.

En resumen, tener un modelo como referencia puede ser útil, pero esto debe complementarse con la comprensión de los otros puntos de vista y el aprecio de sus aportaciones. En general, parecen **poco útiles los modelos inflexibles**, incapaces de incorporar nuevos elementos en principio útiles, y **los modelos formulados de tal manera que no permiten su investigación empírica**

controlada o que, caso de permitirla, no es llevada a cabo o que, si lo es, sus resultados no son tenidos en cuenta para modificar el modelo.

Existen **distintos tipos de orientaciones terapéuticas**. A continuación se presentará el modelo médico u orgánico y el comunitario y después los modelos dinámicos, fenomenológicos, sistémicos y conductuales (incluyendo los cognitivo-conductuales). Luego, se abordará la cuestión de los factores comunes entre los modelos y la posible integración de estos modelos. Posibles referencias de consulta son Bernstein y Nietzel (1980/1988), Bongar y Beutler (1995), Carrobles (1985), Corey (1996a, 1996b), Feixas y Miró (1993), Garrido y García (1994), Gurman y Messer (1995), Kendall y Norton-Ford (1982/1988), Linn y Garske (1985/1988), Martorell (1996), Pérez (1996) y Rosa, Olivares y Méndez (2004). Finalmente, se abordará la cuestión de los modelos integradores.

MODELO MÉDICO U ORGÁNICO

La conducta anormal se considera el resultado de alteraciones biológicas heredadas o adquiridas, estructurales o funcionales, que afectan al sistema nervioso; se considera que la etiología básica es de tipo orgánico. El **tratamiento** a seguir sería **de tipo médico** (fármacos, psicocirugía, terapia electroconvulsiva).

En medicina se distinguen **tres tipos de trastornos o enfermedades**:

- **Infecioso.** Causado por bacterias o virus. Ejemplos serían la gripe, la hepatitis, ciertas úlceras, el SIDA. En el campo psicológico, algunas conductas patológicas asociadas con la parálisis general progresiva causada por la espiroqueta sifilítica.
- **Traumático.** Causado por golpes o sustancias tóxicas. Ejemplos serían las fracturas y los envenenamientos. En el campo psicológico, las conductas patológicas producidas por lesiones durante el parto, traumas craneales o ingestión de productos tóxicos (incluidos el alcohol y las drogas). Podrían considerarse aquí ciertos retrasos mentales, las psicosis tóxicas y los trastornos de ansiedad y depresión inducidos por el consumo de ciertas drogas.
- **Sistémico.** Causado por la alteración de un órgano o sistema de órganos. Ejemplos serían la apendicitis, el cáncer, las gastritis, la diabetes. En el campo psicológico, la esquizofrenia y la depresión, entre otros trastornos, se han explicado por la disfunción de procesos neuroquímicos cerebrales tales como la carencia de ciertos neurotransmisores. (Conviene tener en cuenta que la alteración de un sistema fisiológico puede ser debida a causas genéticas, biológicas y/o ambientales.)

El valor del modelo médico depende del trastorno que se considere. Una **explicación puramente médica es insuficiente en la inmensa mayoría de los casos**. Los factores psicológicos y ambientales juegan un papel importante en la mayoría de los trastornos, incluidos los fisiológicos. Además, conviene tener en cuenta que **una cosa es un mecanismo fisiológico alterado, el cual puede deberse también a causas psicológicas o ambientales, y otra, una causa orgánica**.

MODELO COMUNITARIO

Sus principios básicos son:

- **La conducta humana depende de la interacción de la persona con su medio, incluyendo en este último factores ambientales, interpersonales y sociales.** Así, la drogodependencia no depende sólo de factores biológicos o psicológicos, sino también de variables sociales.
- Para facilitar el ajuste entre la persona y su medio **se requiere crear nuevos recursos o alternativas sociales** (en la familia, escuela, otras instituciones, entorno urbano) **así como desarrollar las propias competencias personales.** Así pues, se enfatiza más el desarrollo de nuevos recursos y competencias que la simple eliminación de problemas.
- **Se enfatiza la prevención secundaria y primaria, especialmente esta última.** La prevención secundaria consiste en la detección temprana de problemas, cuando aún están en fase incipiente, con el fin de intervenir rápidamente para resolverlos y prevenir su agravamiento o el surgimiento de consecuencias indeseables. La prevención primaria va dirigida a evitar el surgimiento de futuros problemas; se basa para ello en cambios del medio social (organización escolar, entorno urbano, etc.) y en la creación de recursos interpersonales (formación de padres, parejas, educadores, policías, personal sanitario); en este último caso se busca actuar sobre personas que influyen sobre otras personas y permiten que los cambios se extiendan.

Ejemplos de prevención primaria: trabajar con hijos de esquizofrénicos y sus familias para reducir el porcentaje de trastornos psicóticos futuros; programas de educación sexual para prevenir embarazos en adolescentes; promoción del preservativo para evitar el SIDA. Ejemplos de prevención secundaria: programas con adolescentes que han cometido un hecho delictivo para que no se conviertan en delincuentes; programas para reducir el consumo de drogas cuando este está en sus primeras fases.

- **El psicólogo tiene una función psicoeducativa en la que forma a otras personas** (padres, educadores, enfermeras, conductores de grupos de autoayuda) para que se conviertan en agentes de cambio en la comunidad (paraprofesionales). Se da así una extensión de los roles profesionales y se amplía el número de personas que pueden obtener ayuda.
- Puede haber un **empleo del activismo social:** utilización del poder económico, político, civil (desobediencia civil, p.ej.) y de los medios de comunicación para lograr la reforma social. Aunque no todos los psicólogos comunitarios practican el activismo social, se supone que un cierto empleo de este aumenta la eficacia de la psicología comunitaria.
- Hay un **énfasis sobre la intervención en situaciones de crisis** (enfermedades graves, separaciones, muerte de un ser querido, desastre natural, ruina económica, intento de suicidio). Con la intervención en crisis se ayuda a las personas a manejar estos problemas abrumadores para los que carecen de recursos. **Las metas son:** a) el alivio rápido de los síntomas primarios, b) el restablecimiento rápido de la estabilidad emocional previa a la crisis y c) la comprensión por parte de la persona de su perturbación y de los determinantes de esta, así como la preparación para manejar crisis futuras. Este tercer objetivo puede no lograrse dada la brevedad de la intervención (≤ 6 semanas). El terapeuta es directivo y activo, se centra en el problema primario y en el momento presente y ofrece consejos, orientación e información para superar la crisis. Dos ejemplos pueden verse en **Kendall y Norton-Ford (1982/1988, págs. 537-538).**

Entre las **críticas** que se han hecho al modelo comunitario se encuentran las siguientes: a) **No haber sabido acompañar la conceptualización teórica con métodos específicos de intervención** que consigan cambios sociales concretos y duraderos. b) **Objetivos poco realistas** al pretender sustituir a la persona por la comunidad como sujeto de tratamiento. c) **Poco éxito en las tareas de**

prevención, especialmente la primaria. d) Riesgo de descuidar el ofrecimiento de tratamiento intensivo a los **pacientes con trastornos graves**. e) A nivel ético se ha planteado que **quienes deciden las metas de las intervenciones** comunitarias pueden ser los psicólogos u otras personas influyentes, pero no los miembros de la comunidad o los que reciben la intervención.

MODELOS PSICODINÁMICOS

Estos modelos comparten varios supuestos básicos:

- **Determinismo.** El comportamiento humano está determinado y depende fundamentalmente de **factores intrapsíquicos** tales como impulsos, deseos, motivos y conflictos internos. En el psicoanálisis clásico, pero no en otras escuelas psicoanalíticas, se enfatizan los determinantes biológicos (impulsos sexuales y agresivos).
- **Énfasis en el papel del conflicto.** Se considera que este es básico en el desarrollo de los síntomas neuróticos. Normalmente se considera que los **impulsos internos buscan manifestarse y lograr gratificación en contra de las prohibiciones y límites socioculturales**. Los **síntomas neuróticos** son vistos como compromisos para intentar resolver este conflicto. Desde la perspectiva psicoanalítica clásica se considera que el conflicto no resuelto entre el **ello** (necesidades instintivas) y un **superyó** (valores y normas sociales transmitidas por los padres) sobrepenitativo e inhibitorio es la causa fundamental de los trastornos psicológicos. **Este conflicto es exacerbado por los defectos del yo** –la tercera estructura psicológica– que impiden la elaboración de defensas apropiadas que permitirían una reducción de la tensión.
 - # El **ello** es la estructura más antigua, contiene todos los instintos básicos (sexuales y agresivos) sin socializar, es la fuente de la energía psíquica, es básicamente inconsciente y se rige por el principio del placer. El **superyó** surge a través de la internalización de las normas y valores sociales tal como son presentados por los padres y otras figuras de referencia, es parcialmente inconsciente y se encarga de vigilar y castigar las actividades del ello. El **yo** está situado entre las otras dos estructuras y se encarga de regular la interacción entre estas, de modo que puedan satisfacerse las necesidades básicas sin vulnerar las normas existentes. El yo es básicamente consciente, se rige por el principio de realidad y entre sus funciones se cuentan también la percepción, el aprendizaje y la autorregulación.
 - # Según Freud, **el conflicto surge de la disputa entre la necesidad de satisfacer los impulsos básicos (sexuales, agresivos) y las defensas** elaboradas para inhibir la expresión consciente de estos impulsos. Los **síntomas son un intento de solución, una forma fallida de resolver estos conflictos** estableciendo un compromiso entre ambos tipos de fuerzas. Los síntomas constituyen una expresión simbólica del conflicto y suponen una satisfacción parcial de los instintos; sin embargo, el superyó actúa contra esta gratificación, lo que aumenta el malestar y el sufrimiento. Como ejemplo, la evitación agorafóbica de una mujer puede concebirse como el compromiso entre el deseo de seducir a los hombres y la defensa en contra de este deseo.
- **Importancia de la historia de desarrollo.** Se enfatiza que el comportamiento humano está determinado significativamente por la historia de desarrollo de la persona. **Muchos conflictos básicos surgen en la infancia y niñez**. La satisfacción o frustración en estos periodos de impulsos y necesidades básicas del niño en las relaciones de este con sus padres u otras figuras importantes (p.ej., hermanos, maestros) y la eficacia en resolver los

conflictos surgidos determinan el funcionamiento de la persona en etapas posteriores de la vida. De aquí la importancia concedida a las experiencias históricas en comparación al aquí y ahora. Sin embargo, **ciertas escuelas enfatizan también el papel de las experiencias presentes.**

- **Determinismo múltiple.** La ocurrencia de una acción o pensamiento depende de la influencia de múltiples factores diferentes que operan simultáneamente, aunque pueden variar en el grado en que contribuyen a explicar el fenómeno analizado. Por ejemplo, el **orden obsesivo y la tacañería** son el producto de varios factores: entrenamiento muy estricto en el control de esfínteres, preocupación parental por la suciedad y placer del niño al retener las heces.
- **Énfasis en los procesos inconscientes.** Muchos de los determinantes del comportamiento son inconscientes. El material inconsciente es diferente del consciente y además se organiza y procesa de modo diferente (no se sigue una lógica, se mezcla pasado y presente). Freud distinguió tres niveles de conciencia: inconsciente, preconscious y consciente. **El inconsciente** incluye todo aquel material no accesible a la persona en estado normal de vigilia. Los procesos gobernados por los principios del inconsciente (falta de lógica, mezcla de pasado y presente) se denominan primarios para distinguirlos de los secundarios que son ordenados y conscientes. **El preconscious** incluye aquellos materiales inconscientes que traspasan a veces la barrera del inconsciente de modo temporal. Por ejemplo, cuando se tiene la sensación de recordar algo molesto o preocupante. **El consciente** es la parte racional de la persona, se identifica con el propio yo y es el responsable de la relación con el mundo exterior.
- **La conducta tiene significado.** Ninguna acción o pensamiento es puramente casual, sino el resultado significativo de variables y procesos específicos (**deseos, fantasías, impulsos, mecanismos de defensa**). Por lo tanto, se considera que la conducta comunica algo acerca de sus determinantes y se cree además frecuentemente que dicha comunicación es metafórica o simbólica. De aquí la importancia dada a los sueños, *lapsus linguae*, chistes, conductas no verbales y el significado simbólico de los síntomas neuróticos.
- **Importancia de los mecanismos de defensa.** Los conflictos psicológicos producen ansiedad que la persona intenta reducir empleando mecanismos de defensa. Estos son procesos psicológicos automáticos, generalmente inconscientes, que protegen a la persona de la ansiedad y del conocimiento de agentes estresantes internos o externos. Algunos de ellos son:
 - # **Desplazamiento.** Un sentimiento o respuesta a un objeto es transferido a otro objeto menos amenazante. Por ejemplo, mostrarse agresivo con los hijos en vez de con los jefes del trabajo.
 - # **Formación reactiva.** Expresión de pensamientos, sentimientos o conductas que son los opuestos a los que realmente tiene la persona, los cuales son inaceptables y suelen reprimirse. Por ejemplo, hijo que odia a su padre, pero muestra una preocupación exagerada por él y un afecto desbordante.
 - # **Negación.** No querer reconocer algún aspecto doloroso de la realidad externa o de la experiencia subjetiva que sería aparente para los demás. Por ejemplo, una persona que no quiere reconocer que su pareja sigue con ella por interés, no por amor. Se habla de **negación psicótica** cuando hay un gran deterioro en la prueba de la realidad.

- # **Proyección.** Atribución falsa a otra persona de los propios sentimientos, impulsos o pensamientos inaceptables. Sería el caso de tenerle antipatía a alguien, pero pensar que es este quién quiere hacernos daño.
- # **Racionalización.** Ocultamiento de las verdaderas motivaciones de los propios pensamientos, acciones o sentimientos a través de la elaboración de explicaciones tranquilizadoras, pero incorrectas. Por ejemplo, criticar severamente el comportamiento de una persona a la que se detesta y decir que es por su bien.
- # **Represión.** Bloqueo inconsciente de los deseos, pensamientos o experiencias amenazadores para impedir que lleguen a la conciencia. El componente afectivo puede permanecer consciente, separado de las ideas asociadas. No hay que confundir la represión con la **supresión**, un intento consciente de no pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias perturbadores (p.ej., empleando distracción).

Junto a los anteriores aspectos conceptuales básicos, existen también los elementos fundamentales de la **TEORÍA CLÍNICA PSICOANALÍTICA**:

- **Es necesario descubrir y comprender los eventos inconscientes y traumáticos del desarrollo** –con la ayuda de los métodos de asociación libre, entrevista, clarificación y confrontación–, **de modo que puedan ser elaborados por los procesos racionales y conscientes del yo, y este pueda llegar a disminuir y manejar adecuadamente las fuerzas instintivas.** Se facilita así la maduración psicológica. Hacer consciente lo inconsciente es un proceso gradual que ocurre a lo largo de muchas sesiones, algunas más cargadas emocionalmente que otras.
- **La interpretación del material que surge durante la consulta y el análisis e interpretación de la transferencia y su resolución son el camino principal para que el paciente llegue a la comprensión (*insight*) del origen y naturaleza de sus problemas.** Una **interpretación** es una comunicación al cliente que tiene por finalidad hacer consciente el significado inconsciente del comportamiento del paciente, manifestado normalmente a través de la asociación libre, los sueños, las resistencias y la transferencia. La **transferencia** se refiere a que el paciente reproduce en su relación con el terapeuta aspectos cruciales de su experiencia con figuras importantes de su propia historia, de modo que reaparecen en la consulta los conflictos y experiencias significativas del desarrollo.
- La relación de transferencia permite pues el desarrollo de la comprensión, la cual no es meramente cognitiva, sino que implica además expresión y descarga emocional. **Sin este componente emocional, la comprensión verdadera no se da, se limita a un puro ejercicio intelectual.** Por otra parte, dada la reacción no punitiva del terapeuta ante las reacciones transferenciales del paciente, la transferencia también provee un ambiente educativo que favorece la maduración psicológica.
- Muchos suponen que la comprensión verdadera de los propios conflictos intrapsíquicos es suficiente para la desaparición de los síntomas y el cambio en la conducta manifiesta. Sin embargo, **otros piensan que aunque la comprensión es necesaria, puede no ser suficiente, sino que se requiere también actuar directamente para cambiar el comportamiento externo.** Esto es lo que afirmaba Freud cuando decía que para el tratamiento de una fobia era necesario el *insight*, pero también alentar al paciente a abandonar sus conductas de evitación.
- **Los pacientes se resisten al método terapéutico**, es decir, emplean una variedad de medios directos e indirectos para protegerse de la ansiedad y el conflicto asociados con la

terapia analítica. Por tanto, es importante **identificar, analizar e interpretar estas resistencias para que la relación transferencial ocurra y pueda ser analizada y resuelta.**

Modificaciones de la teoría y técnica psicoanalítica

Se caracterizan por:

- **Énfasis en el papel del yo.** Este funciona en muchos aspectos con independencia de los instintos y del conflicto intrapsíquico; además es responsable de actividades fundamentales: memoria, percepción, control de impulsos, relaciones interpersonales, formación de la identidad.
- **Énfasis en las experiencias psicosociales** (y no sólo psicosexuales) del desarrollo de los dos primeros años en la determinación de la personalidad).
- **Aplicación de la terapia a poblaciones clínicas diferentes de los adultos neuróticos vistos por Freud: niños, psicóticos, trastornos de personalidad. Además, extensión a situaciones no clínicas:** educación, empresas, instituciones.
- **Énfasis en los factores interpersonales.** Se considera el desarrollo psicológico como el resultado de la interacción entre variables personales y experiencias interpersonales.
- **Énfasis en la naturaleza de la organización de la personalidad en lugar de en los conflictos dinámicos específicos.** Como consecuencia del énfasis en el yo y de los intentos de tratar los trastornos de personalidad, las formulaciones de la psicopatología se centran en los defectos de la estructura psíquica más que en los conflictos internos.

Siguiendo a Baker (1985/1988), pueden distinguirse, aparte del psicoanálisis clásico, tres desarrollos dentro de los modelos dinámicos, aunque las fronteras entre ellos no son claras y el eclecticismo es frecuente. Estos modelos son:

- a) La tradición neofreudiana, representada por autores como Adler, Jung, Fenichel, Ferenczi, Reich, Rank, Horney, Sullivan y Fromm.
- b) La tradición analítica del yo, que incluye la teoría de las relaciones objetales, y está representada por autores como Melanie Klein, Fairbain, Winnicott, Ana Freud, Erikson, Hartmann, Rappaport y Guntrip.
- c) La psicoterapia psicodinámica, representada por autores como Malan, Sifneos, Fiorini, Mann y Davanloo.

Capítulo aparte lo constituyen las escisiones tempranas de Jung, Adler y Rank, así como la más tardía de Lacan. Todos ellos han fundado escuelas y sendos sistemas terapéuticos. Por limitaciones de espacio se va a tratar únicamente la psicoterapia psicodinámica, la cual es ampliamente utilizada en la actualidad.

La psicoterapia psicodinámica

Sus características son las siguientes:

- Imperativos prácticos (incremento de la demanda asistencial) han llevado a buscar un **tratamiento menos regresivo e intenso**, adecuado para aquellos que no necesitan una

reestructuración profunda de su personalidad o que no deseen o no sean capaces de tolerar el tiempo y las exigencias emocionales del psicoanálisis prolongado.

- El tratamiento tiene una **menor duración** (generalmente 16-30 sesiones) y la frecuencia de las sesiones también se reduce a 1-2 por semana, en vez de 4-5.
- **El terapeuta es más activo y directivo** y fomenta el desarrollo de una buena relación terapéutica. Además, no se utiliza el diván y las sesiones se realizan cara a cara.
- Hay un menor énfasis en el descubrimiento e interpretación de material histórico y una **mayor concentración en los aspectos actuales y en la resolución de problemas específicos** derivados de los conflictos básicos no resueltos, aunque relativamente autónomos de estos.
- **Se enfatiza la solución de focos problemáticos o más descompensados de la personalidad en lugar de la reestructuración global de la personalidad.** Se tienen en cuenta los aspectos de esta que se relacionan con los problemas actuales.
- **Se busca apoyar las defensas útiles del cliente, favorecer la adaptación de la persona y mejorar las relaciones interpersonales.**
- Se amplía la gama de intervenciones empleadas. **Además de la interpretación, se utilizan intervenciones educativas y de apoyo** (aconsejamiento, instrucciones, información, sostén emocional, afirmación o desarrollo de habilidades). Puede emplearse terapia de grupo, familiar o de pareja y también medicación ocasional.
- El propio formato de la terapia hace que **la transferencia sea menos intensa y regresiva.** El énfasis se pone en la relación presente entre paciente y terapeuta, sin que sea necesario remontarse al pasado.

Valoración de los modelos psicodinámicos

Positivo

- El psicoanálisis ofrece una **teoría muy elaborada sobre el comportamiento** humano que integra el desarrollo de la personalidad con los trastornos psicológicos y **llama la atención sobre las fuerzas internas** de la persona y, en particular, sobre los **aspectos irracionales e inconscientes** del comportamiento humano.
- El psicoanálisis **ha sido el primer sistema integrado de la intervención psicológica** moderna.
- El psicoanálisis ha dado lugar a **abundantes hipótesis acerca de los trastornos psicológicos.**
- El psicoanálisis ha señalado las implicaciones de la **transferencia** y de la **contratransferencia** (sentimientos y fantasías que los terapeutas experimentan en respuesta a sus pacientes).
- El psicoanálisis ha destacado el papel de los **mecanismos de defensa.**

- **Ciertos recursos técnicos como la asociación libre, las técnicas proyectivas y el análisis de los sueños han sido adoptados por otros enfoques, aunque no todos ven esto como algo positivo.**

Negativo

- **La mayoría de los conceptos psicodinámicos están formulados de un modo tan abstracto e impreciso que impide su estudio científico** (una excepción son los mecanismos de defensa). Además, **el modelo está formulado de tal manera que cualquier resultado obtenido puede ser interpretado como favorable a la teoría.** Por ejemplo, en una persona en la que se suponen impulsos inconscientes hostiles, la existencia de estos es confirmada tanto por una conducta agresiva como por una conducta apacible. En este último caso se invoca el concepto de formación reactiva, sin especificar las circunstancias bajo las que esta puede darse o no.
- El enfoque psicodinámico es **insuficiente para explicar la complejidad de la conducta normal y anormal.**
- **La fiabilidad y validez de los instrumentos de evaluación utilizados (pruebas proyectivas, observación no estructurada) son dudosas.**
- Existen **pocos estudios controlados sobre la eficacia de las terapias psicodinámicas, aunque actualmente el enfoque de psicoterapia psicodinámica** está siendo sometido a investigación. Los estudios son aún escasos, pero los resultados son positivos. **Este tipo de psicoterapia** es más eficaz que el no tratamiento, aunque no más que otras terapias alternativas.
- **Pueden crearse nuevos problemas en los pacientes o en las personas normales al interpretar determinados comportamientos como indicadores de motivaciones patológicas inconscientes.**
- El **psicoanálisis clásico** ofrece una visión bastante pesimista del hombre, destaca excesivamente el papel de los impulsos (sexuales y agresivos) y relega los factores interpersonales y culturales. Enfatiza excesivamente los factores históricos y no presta la suficiente atención a los problemas actuales del cliente. Como terapia, sólo es aplicable a personas con buen nivel cultural, es demasiado largo y no es más eficaz que tratamientos mucho más breves.

MODELOS FENOMENOLÓGICOS

Pueden encuadrarse aquí la **terapia centrada en el cliente, la terapia gestáltica, el análisis transaccional, el psicodrama, la bioenergética y la terapia existencial.** Autores representativos son Rogers, Perls, Berne, Moreno, Lowen, May y Frankl. Las características básicas de los modelos fenomenológicos –también llamados humanistas o, lo que es cada vez más frecuente, experienciales– son las siguientes:

- **Autonomía personal y responsabilidad social.** Por un lado, el ser humano es capaz de dirigir su propio desarrollo y de tomar decisiones, y es responsable de sus actos. Por otro, esta autonomía personal es la que permite ser responsable ante la sociedad. No se enfatizan las habilidades del cliente o las estrategias para afrontar el ambiente, ya que se consi-

dera que cuanto más se acerque el cliente a su potencial de desarrollo, más capaz será de encontrar soluciones a los problemas externos de su vida sin ayuda de nadie. De hecho, **se tiende a considerar contraproducente ofrecer ayuda directa a un cliente para resolver sus problemas**, puesto que de este modo el cliente puede hacerse más dependiente del terapeuta y perder la oportunidad de que sus ideas y sentimientos sean su guía.

- **Autorrealización.** Cada persona posee de forma innata un potencial de crecimiento o autorrealización, una tendencia a desarrollarse y a progresar hacia la madurez. **Las personas son vistas como básicamente buenas y orientadas hacia metas positivas (amor, felicidad, armonía, creatividad).** El desarrollo de la tendencia hacia la autorrealización depende en gran parte de la satisfacción de las necesidades básicas del organismo. Por ejemplo, **Maslow ha señalado que para buscar la autorrealización es necesario satisfacer primero cuatro tipos de necesidades básicas:** fisiológicas (hambre, sed, sexo), psicológicas (seguridad), de relación social (pertenencia, aceptación) y autoestima (respeto a uno mismo).
- **Orientación hacia metas y búsqueda de sentido.** Las acciones humanas son intencionales, van dirigidas a metas. Ahora bien, **la persona se mueve no sólo por motivaciones materiales, sino también por valores** –tales como la libertad, justicia y dignidad– que suponen un intento de trascender la propia existencia.
- **Concepción global de la persona.** Esta se considera como un conjunto integrado en el que **sentimiento, pensamiento y acción forman un todo.** Se considera, por tanto, que en el tratamiento las personas han de ser atendidas en su conjunto. **Centrarse en problemas específicos se considera de poca utilidad, ya que esto puede generar nuevos problemas** (dependencia) e interferir en el propio crecimiento personal de los clientes.
- **Punto de vista fenomenológico.** Se considera que el comportamiento de una persona está determinado principalmente por la percepción que tiene de sí misma y del mundo. Las personas crean la “realidad” a partir de sus percepciones idiosincrásicas. Se piensa que sólo se puede comprender a una persona si se es capaz de percibir las cosas como ella las percibe. Se espera que al ir revelando sus percepciones al terapeuta, el cliente se hará más consciente de esas percepciones y de cómo guían su comportamiento.
- **Énfasis en el aquí y ahora.** Se concede poca o menos importancia a la historia del cliente. **Se acentúan la experiencia inmediata (momento a momento de la sesión terapéutica) y las emociones.** El foco de la terapia rara vez se aleja de lo que está sucediendo durante la sesión.
- **El terapeuta no adopta el papel de experto** que sabe y decide qué es lo mejor para el cliente.
- Finalmente, se da más importancia a las **actitudes del terapeuta** que a las **técnicas concretas.** La relación entre cliente y terapeuta se considera el medio único o fundamental a través del cual se consigue la autorrealización. Por tanto, la discusión del pasado o la planificación del manejo de situaciones problemáticas futuras son menos útiles que la vivencia en el presente de una relación con otra persona que acepta incondicionalmente al cliente.

Existe una diversidad de submodelos fenomenológicos. Por limitaciones de espacio y tiempo, trataremos sólo dos enfoques clásicos, la terapia centrada en el cliente de Rogers y la terapia *Gestalt* de Perls. Un enfoque más actual, la terapia experiencial (Greenberg), que supone una cierta

síntesis actualizada de los dos anteriores, será abordada en el tema 11 del programa. La terapia experiencial conserva la inspiración rogeriana centrada en la persona, pero adopta una actitud más directiva y una orientación cognitivo-constructivista.

La psicoterapia centrada en el cliente

Las características de la psicoterapia centrada en el cliente de Rogers son las siguientes:

- **Confianza en la capacidad de la persona para dirigir su propia vida** (saber lo que le perturba, tomar decisiones, etc.). Existe una tendencia innata a la autorrealización, una tendencia a madurar, a expresar y activar todas las capacidades del organismo.
- **El crecimiento de una persona depende de esta tendencia innata a la autorrealización y de un sistema de evaluación de las experiencias como positivas o negativas según sean congruentes o no con la tendencia anterior.** (Autorrealización no significa egoísmo, ya que aquella da valor a los otros.) En este proceso de crecimiento, que tiene lugar en interacción con el medio, se desarrolla el **concepto de sí mismo** como diferenciado del mundo exterior.
- **El sistema de evaluación de las experiencias depende por una parte de sentimientos directos u orgánicos** (algo es valorado directamente como positivo o negativo según el grado en que es congruente con la tendencia a la autorrealización). Pero por otra parte, **depende también de los juicios de los otros.** Cuanto mayor sea la autoconfianza de la persona y más se acepte a sí misma, menos se dejará influir por las valoraciones de los otros. Sin embargo, las prácticas educativas llevan a la persona a depender excesivamente de los juicios de los demás con el fin de agradarles o no contrariarles.
- La dependencia de las normas y valores sociales (**condiciones de valor**), que finalmente son internalizados, dificulta la consideración positiva de sí mismo y **entorpece el crecimiento personal al obligar a pensar y actuar de modo incongruente con uno mismo.** Se crean así actitudes de miedo, ansiedad y duda sobre sí mismo y se niegan, distorsionan o bloquean sentimientos y deseos propios. Por ejemplo, un hombre emotivo, pero educado según un patrón clásico de los hombres como fuertes e impasibles, puede negar que llorar le hace sentirse bien; además, su afirmación de que llorar es de débiles representa una distorsión de sus propios sentimientos.
- **Los problemas psicológicos surgen** de la discrepancia acentuada entre lo que el organismo experimenta y lo que es necesario para mantener la consideración positiva hacia sí mismo o, en otros términos, **de la incongruencia entre el sí mismo como es moldeado por los otros y el sí mismo real.**
- **La psicoterapia centrada en el cliente se caracteriza por:** a) facilitar la **autorrealización** del cliente, b) enfatizar **lo afectivo** más que lo intelectual, c) acentuar la importancia del **presente**, y d) considerar la **relación terapéutica como una experiencia de crecimiento.** Esto último implica que el terapeuta debe mostrar **aceptación positiva incondicional** (aceptar al cliente como es, sin juicios; esto implica no ser directivo, no dar consejos ni pautas), **empatía** (comprender al cliente desde el punto de vista de este) y **congruencia o autenticidad** (comunicar los propios sentimientos y experiencias internas) en su relación con el cliente. Rogers considera que estas tres actitudes del terapeuta son **condiciones necesarias y suficientes para facilitar la autorrealización** del paciente.

Sin embargo, conviene tener en cuenta que las investigaciones han demostrado que **las actitudes mencionadas no son suficientes** para conseguir cambios terapéuticos y que el propio Rogers reforzaba no verbalmente o hacía comentarios de apreciación positiva después de que los clientes expresasen esperanzas positivas o autoimagen positiva o concordasen con el terapeuta; es decir **mostraba menos aceptación positiva incondicional y más directividad de la que creía.**

- Otras características de la psicoterapia centrada en el cliente son: a) **se aceptan los informes del cliente como válidos** y confiables, independientemente de lo que le parezca al terapeuta; b) **no se interrumpe al cliente**, salvo para verificar o ampliar alguna idea; y c) **no se emplean las interpretaciones**, ya que se consideran demasiado directivas e implican que el terapeuta sabe más sobre el propio cliente que este mismo.
- Se considera que en la situación terapéutica en la que el cliente es comprendido y aceptado en vez de criticado, este es libre para **verse a sí mismo sin defensas y para reconocer y admitir gradualmente su sí mismo real**, con sus aspectos tanto negativos como positivos. Esta experiencia en la conciencia de sentimientos reprimidos hasta el momento da lugar a una **sensación de cambio** psicológico, a un nuevo estado de comprensión (*insight*) y a cambios fisiológicos concomitantes. Además, **se desarrolla un sistema de evaluación** que no tiene por qué mantener las normas imbuidas por las figuras de autoridad, que es capaz de adaptarse a diferentes circunstancias, que diferencia entre el juicio personal y el juicio de otros y que es capaz de tomar decisiones diferentes a las de los expertos.

La terapia gestáltica

Representada por autores como Fritz Perls, Laura Perls, Goodman, Simkin, Weisz y Hefferline, sus características son las siguientes:

- **Cada persona tiene una tendencia natural a completar su existencia (a autorrealizarse)**, a satisfacer sus necesidades y deseos legítimos.
- **Cada persona es responsable de su conducta.**
- **Se enfatiza el aquí y ahora.** Se busca que el cliente no se refugie en el pasado.
- **Se persigue que el cliente tome conciencia de sus necesidades, emociones y demandas del medio (tanto positivas como negativas), más allá de las intelectualizaciones e interpretaciones.** En la toma de conciencia el sí mismo se experimenta como una totalidad (no está dividido entre una parte que observa y otra que es observada) y el cliente se concentra espontáneamente en lo que le interesa y descubre cosas nuevas. Esto lleva a una liberación de la tensión y a un aumento de energía que se puede aplicar a experimentar nuevas conductas, primero en un medio seguro y luego en situaciones de la vida cotidiana.
- La conciencia de la persona puede resultar distorsionada o incompleta al tratar de **evitar** el conflicto entre las propias necesidades y las exigencias del medio. Se ve al paciente como una serie de **polaridades** (mandón-sumiso, sociable-retraído), de modo que tiende a centrarse sobre un polo y a evitar el otro. Para el polo que produce temor por sí mismo o por sus posibles repercusiones se construyen **defensas y bloqueos.**

Perls se centra también en los **mecanismos de defensa que se manifiestan en las relaciones interpersonales**. Así, las personas a las que resulta incómodo experimentar y expresar directamente ciertas necesidades (p.ej., amor) pueden desarrollar estrategias o **juegos manipuladores** para satisfacer dichas necesidades de forma indirecta. De este modo, las personas cuyas interacciones con los demás se basan en enfermedades interminables, miedos, agresiones o inadecuaciones fuerzan a los otros a ser solícitos o cariñosos. Pero como estos se dan cuenta de que están siendo manipulados, pueden terminar mostrando rechazo hacia esas personas, con lo que estas se verán obligadas, por ejemplo, a buscar otra persona con quien *jugar*. Para empeorar las cosas, **la conciencia incompleta o suprimida suele ir acompañada de la impresión de que no se es responsable de los propios problemas**. Así, se tiende a culpar a otros ("si no fuera por mis hijos, no tendría problemas"), a circunstancias ambientales ("no hay hombres interesantes en este país") o a fuerzas internas sobre las que no se puede influir ("no puedo controlar mi enfado").

- La **meta fundamental** de la terapia gestalt es restablecer el proceso de crecimiento del cliente. Para ello, se ayuda a este a **tomar conciencia de los sentimientos, deseos e impulsos propios que han sido negados, y a reconocer los sentimientos, ideas y valores que considera propios, pero que ha adoptado de otras personas**. La consecución progresiva de esta conciencia facilita que el cliente **asimile o haga suyos los aspectos o polaridades de sí mismo que había rechazado y que deje a un lado las características que realmente no le pertenecen**.
 - # **La asimilación de las polaridades propias rechazadas y la integración con sus opuestas**, –lo cual implica un reconocimiento de todas las partes del yo y la unidad de los comportamientos verbales y no verbales– permitirán al cliente responsabilizarse de sí mismo como realmente es en vez de defender una autoimagen parcialmente falsa e internamente en conflicto.
 - # Por ejemplo, **una persona que se siente superior a los demás, pero que ha reprimido este sentimiento y ha adoptado un aire de humildad va a poder reconocer y expresar las dos partes en conflicto** ("soy el más grande" contra "no debo presumir"). Conseguido esto, será más fácil que encuentre una **forma de resolución**: "está bien que yo exprese mis sentimientos de competencia, pero necesito también tomar en cuenta los sentimientos de los demás". Así pues, las resoluciones de un conflicto requieren una conciencia total de los dos polos.
- **Técnicas empleadas** por la terapia gestáltica son: uso del presente en la comunicación verbal, señalamiento del comportamiento no verbal para que el cliente analice el significado del mismo, trabajo con sueños, técnica de la silla vacía. Se emplean también técnicas de otros abordajes como el psicodrama de Moreno o el trabajo corporal de la bioenergética. Dos psicoterapias actuales en las que ha influido notablemente la terapia gestáltica son la programación neurolingüística de Bandler y Grinder (1975) y la psicoterapia expresiva focalizada que Daldrup, Beutler, Greenberg y Engle (1988) han presentado en forma de manual.

Valoración de los modelos fenomenológicos

Conviene destacar que existe una **gran heterogeneidad entre los distintos enfoques fenomenológicos**.

Positivo

- **Concepción filosófica positiva del hombre**, aunque puede ser poco realista.
- **No se centran en la patología, sino en la autorrealización** y en lo que el cliente puede llegar a ser.
- **El énfasis en la relación terapéutica** los hace especialmente atractivos para los clínicos. Además, hay que reconocerles el mérito de haber puesto de manifiesto el valor de dicha relación en cualquier tipo de terapia.
- Parecen **especialmente adecuados para personas con problemas de identidad o de valores**.

Negativo

- **Las formulaciones teóricas son imprecisas y vagas, por lo que resulta muy difícil o imposible someterlas a prueba**. Además, con la excepción principal de Rogers, **el método científico es, por lo general, dejado de lado** o rechazado; esto puede ser debido al énfasis en la subjetividad y a que la investigación controlada se considera artificial.
- **Se describe el comportamiento humano, especialmente los aspectos subjetivos, pero, en general, no se identifican y/o precisan las variables que lo controlan**. Así, se dice que la tendencia a la autorrealización está en la base del desarrollo del comportamiento, pero no se especifica en qué consiste exactamente ni cómo opera para influir sobre la conducta. Tampoco se explica cuáles son las variables responsables de las percepciones subjetivas, percepciones que se consideran determinantes del comportamiento.
- **Se centran en la experiencia consciente como determinante de la conducta humana y relegan otros muchos factores** (biológicos, situacionales, condiciones de aprendizaje, motivos inconscientes). De este modo, el enfoque fenomenológico es insuficiente para explicar la complejidad de la conducta normal y anormal. Además, la desenfatación de esos otros factores puede conducir a la aplicación de un tratamiento menos eficaz.
- **La razón se subordina al sentimiento**, se busca el conocimiento a través de la experiencia subjetiva y se relega el análisis racional. Esto puede hacer más difícil encontrar una solución para muchos problemas y hacer más probable que los efectos terapéuticos conseguidos sean temporales.
- **Los tratamientos fenomenológicos, especialmente los basados en la relación, son vagos y poco realistas**. Además, algunos han **puesto en duda que un terapeuta pueda ser realmente empático y que no juzgue y sea no directivo**. Es muy posible que el reforzamiento sutil por parte del terapeuta (expresiones faciales, miradas, atención selectiva) e incluso el modelado contribuyan esencialmente a la consecución del cambio por parte de los clientes. Parafraseando a un paciente de Pearls: "**¿Usted nos ha hecho descubrirnos o nos hemos adaptado a usted?**".
- Existen **pocos estudios controlados sobre la eficacia de las terapias fenomenológicas**. Respecto a la más investigada, la de Rogers, es más eficaz que el no tratamiento y parece que las condiciones de autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional son factores importantes correlacionados con el éxito de la terapia, pero no parece que por sí solos sean suficientes. El resto de las terapias fenomenológicas no ha sido casi investigado o cuando lo ha sido, el número de estudios es pequeño y la eficacia es relativamente baja

(terapia gestalt) o moderada (análisis transaccional).

- **Los criterios de éxito terapéutico se definen en términos de autorrealización, crecimiento, autenticidad, etc. que son muy difíciles de operativizar.** Además, muchos de los datos de tratamiento tienden a basarse principalmente en **autoinformes de fiabilidad y validez desconocidas.**
- Dada la naturaleza introspectiva de estos modelos, **su aplicabilidad clínica se limita a aquellas personas con nivel intelectual y sociocultural suficientes** como para poder llevar a cabo análisis introspectivos. Se sospecha que su valor es mínimo o nulo con psicóticos, niños, retrasados mentales y personas bajo estrés intenso.
- **Los grupos de crecimiento a corto plazo**, basados en los métodos fenomenológicos y centrados en los sentimientos y la experiencia y no en la razón, pueden tener **efectos negativos hasta en el 8% de los participantes.** Esto es más probable en **personas que ya eran inestables al inicio**, lo que indica la importancia de una buena selección de los clientes.

MODELOS SISTÉMICOS

Representados por autores como Watzlawick, Minuchin, Haley y Selvini-Palazzoli, las características de estos modelos son las siguientes:

- **Enfatizan el papel de los sistemas interpersonales.** Para entender la conducta y la experiencia de un miembro de un sistema (p.ej., la familia), hay que **considerar las del resto de sus miembros.** Según Feixas y Miró (1993), *un sistema es un conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado.* Por tanto, para comprender un sistema, hay que considerar sus elementos, las propiedades y comportamiento de estos, la interacción entre los mismos y las propiedades de la totalidad.
- Los **sistemas**, tales como las familias y los grupos, tienen varias **propiedades:**
 - # **Sistema abierto.** El sistema es abierto en tanto intercambia información con el medio. Además, las normas de funcionamiento del sistema son en parte independientes de las que rigen el comportamiento de cada miembro.
 - # **Estructura.** Incluye: a) El grado de claridad, difusión o rigidez de los **límites** entre los miembros del sistema; este se compone de varios **subsistemas** (marido-esposa, padre-hijo, hermanos) entre los que existen límites más o menos definidos que pueden ser difusos, claros o rígidos. Los subsistemas fundamentales son el conyugal, el parental (que puede llegar a incluir a algún abuelo o hijo con funciones parentales) y el de hermanos. b) El grado en que existe una **jerarquía** (quién está a cargo de quién y de qué). c) El grado de **diferenciación** o medida en que los miembros del sistema tienen identidades separadas sin dejar de mantener el sentido del sistema como un todo.
 - + Los **límites** son las reglas que definen quien participa con quién y en qué tipo de situaciones y quién es excluido de este tipo de situaciones. Por ejemplo, los niños no deben participar en las discusiones de los padres, los hijos mayores tienen ciertos derechos negados a los más pequeños, etc.

- + La **triangulación** es un tipo de disfunción asociada con la estructura familiar. Consiste en intentar enmascarar los conflictos entre dos personas involucrando a una tercera, de modo que las características de esta, especialmente sus problemas, se convierten en el foco de la interacción. Así, una pareja con dificultades matrimoniales puede centrarse en algún trastorno de su hijo (problemas en la escuela, drogadicción) en vez de en sus problemas maritales.
 - + La **coalicción** es otro tipo de disfunción y consiste en una unión entre dos miembros de una familia en contra de un tercero; por ejemplo, progenitor e hijo contra el otro progenitor.
- # **Interdependencia.** Los miembros de un sistema se influyen mutuamente a través de las pautas de interacción existentes y, en concreto, mediante mecanismos de **retroalimentación positiva** (facilitadora) y **negativa** (correctora). Se considera que existen relaciones no de causalidad lineal, sino de influencia recíproca o **causalidad circular** (la conducta de A depende de la de B y viceversa). Por ejemplo, la capacidad de iniciativa de B favorece la pasividad de A y esta pasividad refuerza la toma de iniciativas por parte de B.
- # **Regulación.** Los patrones de interacción que existen en los sistemas tienden a ser muy estables y predecibles. Además, se da una **tendencia al equilibrio**. Los sistemas tienen unos mecanismos que regulan y mantienen los patrones de interacción, de modo que se maximizan las posibilidades de que el sistema se mantenga. **Cualquier cambio percibido que amenace al sistema** intentará ser neutralizado, ya sea actuando sobre la persona desviada para que se adapte de nuevo ya sea relegándola o expulsándola ya sea mediante cambios compensatorios por parte de otro u otros miembros del sistema.
- Spongamos que una mujer critica al marido por su poca comunicación ante lo cual la respuesta normal de este es retraerse aún más. Si en alguna ocasión él *explota* diciendo que no quiere hablar porque le preocupan cosas de su trabajo, la mujer que supuestamente quería estimular la comunicación puede contestarle que sólo piensa en su trabajo. Este comentario podría tener la función de restablecer el equilibrio: mantenimiento de la distancia y nivel bajo de intimidad en la relación. (Claro, que la mujer también podría querer hablar de otras cosas que no fueran el trabajo.)
- # **Adaptación o cambio.** Se refiere al grado en que el sistema puede cambiar y desarrollar un nuevo equilibrio en respuesta a crisis o retos a su estabilidad: nacimiento de un niño, abandono del hogar por parte de un hijo, muerte del cónyuge, entrada en la adolescencia, pérdida del trabajo, divorcio, embarazo de la hija adolescente, etc.
- # **Comunicación.** Los miembros de un sistema se comunican entre sí y se han distinguido varios principios básicos de tipo comunicacional:
- + **Es imposible no comunicar.** En un contexto de interacción social cualquier conducta (incluido el silencio) comunica algo. En las situaciones en las que uno no quiere comunicarse pueden aparecer técnicas de **descalificación o recursos para comunicar sin comunicar** (contradecirse, cambiar continuamente de tema, perderse en cuestiones tangenciales, hablar de un modo oscuro, generar malentendidos, no acabar las frases) y **síntomas como compromiso** (fingir o autoconvencerse de deficiencias que imposibilitan la comunicación: sueño, sordera o desconocimiento del idioma en una conversación normal).

- + En toda comunicación pueden distinguirse **aspectos de contenido**, generalmente expresados por medios verbales, y **aspectos relacionales**, los cuales vienen definidos normalmente por el comportamiento no verbal (tono de voz, gestos, etc.); sin embargo, la relación puede venir también definida por las características de la situación y por ciertos contenidos verbales (p.ej., decir que se va a contar un chiste para indicar que el mensaje no va en serio). Los aspectos relacionales califican la información expresada en el contenido del mensaje.
- + La **incongruencia entre los dos niveles de comunicación** (de contenido y relacional) da lugar a **mensajes paradójicos**. Por ejemplo, decirle a alguien de un modo frío que se le quiere.
- + **La naturaleza de una relación depende de la puntuación de una serie de eventos repetitivos (quién hace qué, a quién, en respuesta a qué)**. Se denomina **puntuación** a la forma de organizar los hechos para que formen una secuencia ordenada. La falta de acuerdo respecto a la forma de puntuar los hechos es una causa frecuente de conflictos. Por ejemplo, un marido puede afirmar que su retraimiento es debido a los continuos ataques de su mujer, mientras que esta explica sus críticas en función de la pasividad de marido (es posible aquí que haya una causalidad circular). O bien, un adolescente dice no estudiar bachillerato porque sus padres le obligan, mientras que estos piensan que es un vago.
- + Las **relaciones pueden ser simétricas o complementarias**. Las primeras se basan en la igualdad en la conducta de interacción; cualquiera de los participantes puede, por ejemplo, dar un consejo o formular una crítica. Las segundas son aquellas en las que hay una gran diferencia en la conducta recíproca debido a que un miembro está en una posición superior respecto al otro; por ejemplo, las relaciones entre profesor-alumno y padres-hijos pequeños. **Muchos conflictos relacionales están basados en que un participante no acepta el tipo de relación que quiere el otro.**
- + **Patrones negativos de comunicación** son: a) culpar y criticar sin ver la propia responsabilidad y/o sin motivación para cambiar las cosas; b) "adivinar" los pensamientos de los otros y actuar en consecuencia sin preguntarles lo que piensan y sienten; c) hacer afirmaciones incompletas (p.ej., "*estoy enfadado*") sin especificar por qué; d) tomar los eventos modificables como si no lo fueran ("*no puedo lograr que mis hijos me respeten*"); e) sobregeneralizar ("*nunca puedo conseguir algo que valga la pena*").
- **Los trastornos psicológicos surgen:** a) cuando adaptarse al sistema requiere pensar, sentir y/o actuar de una manera que resulta perjudicial para una persona, y b) cuando una persona intenta cambiar sus funciones o pautas de interacción dentro del sistema sin tener poder o capacidad suficiente para vencer o sortear las resistencias del sistema.
- El miembro de la familia que según esta es el que presenta el problema (**paciente identificado**) es considerado como una expresión de la disfunción del sistema familiar (aunque el problema cumple una función dentro de la lógica interna del sistema). En consecuencia, la **resolución del problema implica cambios en el sistema y no simplemente una modificación directa de las conductas problemáticas.**
- La terapia **enfatiza el presente y suele ser breve**. Por lo general, no pasa de 20 sesiones repartidas a lo largo de un máximo de 2 años.

- Se reconoce la importancia de la **cordialidad y empatía** por parte del terapeuta, unidas, por lo general, a un **estilo directivo** por parte de este.

Rodríguez y Beyebach (1994) han señalado que en las concepciones sistémicas tradicionales se considera a la familia como el sistema y a las personas como elementos del mismo. Sin embargo, también puede considerarse que **cliente y terapeuta forman un sistema** o que las **conductas de una sola persona o incluso los significados que atribuye a acontecimientos concretos pueden considerarse sistemas en sí mismos**. Así, la depresión puede verse como el resultado de una interacción en un sistema interpersonal (la depresión de una persona se mantiene porque sus familiares le resuelven todos sus problemas y le hacen sentirse un *inútil*) o como un sistema de conductas que se autoperpetúan (la persona que se siente deprimida no se relaciona con otros y la disminución de este contacto social le hace sentirse más triste). En ambos casos se da la característica fundamental de los sistemas: entender los sucesos como organizados en procesos de retroalimentación recursiva.

Es importante tener en cuenta que aunque estos enfoques se han especializado en el tratamiento de **familias y parejas, existen también otros modos de abordar estos problemas** (dinámicos, conductuales y cognitivo-conductuales) que pueden ser integrados o no con la perspectiva sistémica.

Pueden distinguirse varias escuelas sistémicas: **la escuela interaccional del MRI** (Mental Research Institute, representada por autores como Watzlawick, Weakland, Fisch), **la escuela estructural/estratégica** (representada por autores como Minuchin, Haley, Aponte, Fishman, Montalvo), **la escuela de Milán** (representada por autores como Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata) y el **enfoque ecosistémico** (De Shazer). Las influencias recíprocas entre estas escuelas han sido muy frecuentes.

Valoración de los modelos sistémicos

Positivo

- **Énfasis en los factores interpersonales y sociales.** Las variables fisiológicas, psicológicas internas y de aprendizaje tratan de tenerse en cuenta, pero desde la perspectiva del sistema interpersonal y social en el que se encuentra la persona.
- **Nuevas perspectivas en el tratamiento de parejas y familias.** Los enfoques sistémicos se ha aplicado a problemas en la adolescencia (delincuencia, esquizofrenia incipiente, drogadicción), trastornos infantiles en general y problemas psicósomáticos (diabetes, asma, anorexia).

Negativo

- La psicoterapia sistémica no se deriva más que indirectamente, en el mejor de los casos, de la investigación básica.
- La actuación sobre los patrones de interacción no es suficiente en muchos casos. La importancia de los **factores individuales no puede ser soslayada**.
- Se enfatiza muchas veces el papel del sistema familiar y **se olvidan otros sistemas** que pueden ser tanto o más importantes, tales como el grupo laboral, el grupo de adolescen-

tes, una secta, etc.

- Aunque estudios no experimentales sugieren la eficacia de las intervenciones sistémicas, existen **pocas investigaciones controladas**.
- **Se ha dicho que el estilo sistémico de terapia es manipulador o distante.** Una perspectiva alternativa en el primer caso es que el terapeuta debe ser directivo para conseguir el cambio y además dispone de poco tiempo antes de quedar prisionero del sistema. En el segundo caso, lo que sucede a veces simplemente es que los terapeutas no desean implicarse en la familia para no perder la objetividad y la capacidad de producir cambio.

MODELOS CONDUCTUALES Y COGNITIVO-CONDUCTUALES

Representados por autores como Skinner, Kazdin, Wolpe, Marks, Eysenck, Rachman, Beck, Ellis, Meichenbaum, Bandura, Clark y Salkovskis, las características de los modelos son las siguientes:

- **Se supone que la mayor parte de las conductas consideradas inadecuadas se adquieren, mantienen y cambian según los mismos principios que regulan las conductas consideradas adecuadas.** Tanto unas como otras son principalmente, aunque no exclusivamente, una consecuencia de la **historia de aprendizaje**. (El aprendizaje se concibe en un sentido amplio e incluye el condicionamiento clásico y operante, el modelado, la transmisión de información y los procesos cognitivos implicados.)
 - # **No todas las conductas inadecuadas resultan básicamente de un aprendizaje.** Se tiende a considerar que los trastornos psicóticos, el autismo, el trastorno maníaco-depresivo y el retraso mental tienen importantes determinantes orgánicos, aunque los factores ambientales también influyen. Estas alteraciones no pueden ser “curadas” por la terapia conductual o cognitivo-conductual (TCC a partir de ahora para denominar a ambas terapias), pero esta puede ayudar dentro de unos límites a las personas afectadas.
 - # Aunque se da un menor protagonismo a los **factores genéticos y orgánicos**, no se los ignora en absoluto. Su influencia es vista bien como una **limitación estructural** sobre la cual operan los factores de aprendizaje en la determinación de la conducta bien como una **predisposición** a ciertas formas de reaccionar que interactúa con las experiencias de aprendizaje.
- **Se considera que la mayor parte de las conductas inadecuadas (y las adecuadas también) pueden ser modificadas a través de la aplicación de principios psicológicos, especialmente los del aprendizaje.** Esto no quiere decir que en todos los casos puedan ser modificadas en la extensión deseada, al menos con las técnicas de que actualmente se dispone en TCC.
 - # En algunos pacientes con determinados trastornos (p.ej., ansiedad, depresión unipolar no psicótica, dependencia de sustancias) puede ser conveniente la **combinación de la TCC con la terapia farmacológica**. En otros trastornos (p.ej., esquizofrenia crónica, trastorno bipolar, trastorno de déficit de atención con hiperactividad), el tratamiento combinado es claramente el más eficaz y sin la medicación, los efectos de la TCC serían nulos o leves.
 - # Finalmente, existen alteraciones (p.ej., depresión psicótica) para las que no existe

documentación sobre la utilidad de la TCC y para los que la **farmacoterapia** parece ser el tratamiento a elegir, al menos como intervención principal.

- **Las formulaciones teóricas y los procedimientos de evaluación e intervención son empíricamente evaluados, es decir, se valora su adecuación o eficacia utilizando una metodología científica (de tipo experimental cuando es posible).**
 - # Por lo que se refiere al tratamiento, la mayor parte de los procedimientos utilizados en TCC tienen una base empírica relativamente sólida, aunque las pruebas para otros (p.ej., detención del pensamiento, algunas técnicas de condicionamiento encubierto) son todavía débiles, siempre, claro está, en referencia a problemas determinados y a otros aspectos como las características de los clientes. No puede hablarse de la eficacia de un procedimiento en general.
 - # La propia práctica clínica proporciona ideas para refinar y mejorar los procedimientos empíricamente evaluados; estas ideas son también sometidas a prueba. Por otra parte, durante la **práctica clínica** deben tomarse **decisiones** con relación a **aspectos que no han sido investigados** o no lo han sido suficientemente; en estos casos, uno debe basarse en su propia experiencia o en la de otros.
 - # Aunque la TCC se caracteriza por el empleo de una metodología científica en el estudio y cambio de la conducta humana, **bastantes investigaciones presentan deficiencias metodológicas importantes**; por ejemplo, diseños inadecuados, confusión entre terapeutas y tratamientos, intervenciones comparadas no igualmente creíbles, evaluadores y/o terapeutas no ciegos a las hipótesis de investigación, falta de control de la integridad de las intervenciones y análisis estadísticos inapropiados.
- **La evaluación en TCC (evaluación conductual) va dirigida a especificar claramente las conductas problemáticas (por exceso o por defecto) del cliente y las variables (antecedentes y consecuencias personales y ambientales, características personales estables) que las regulan.**
 - # Por **conducta** se entiende cualquier actividad motora, cognitiva, autónoma o emocional que sea especificable y mensurable (no tiene por qué ser públicamente observable). Sin embargo, existen en este punto divergencias entre los terapeutas de conducta. Unos piensan que las cogniciones juegan un papel importante ya sea como problemas (obsesiones, autocrítica persistente) o como factores explicativos de conductas problemáticas. En cambio, los que trabajan dentro del enfoque del análisis conductual aplicado se concentran normalmente en la conducta manifiesta y en los determinantes ambientales, en vez de en los fenómenos internos.
 - # También se exploran los **recursos, competencias y limitaciones del cliente** y se obtiene información de diversas **áreas de su vida pasada y presente** (familiar, social, laboral, sexual, pareja, salud, ambiente físico, etc.). No se intenta asignar categorías diagnósticas a las personas (aunque puede hacerse si se desea), sino saber lo que **hacen, sienten y piensan en situaciones específicas** y establecer las oportunas relaciones funcionales entre las conductas problemáticas y las variables que las regulan.
- **En evaluación conductual se enfatizan los determinantes actuales de las conductas problemáticas, aunque no se pasan por alto los determinantes históricos.** Se considera que la información sobre el pasado de una persona (lo cual no quiere decir una exploración detallada de su infancia) puede permitir una mejor comprensión de sus problemas actuales y puede ofrecer indicios sobre los factores vigentes que están controlando la

conducta.

- # Sin embargo, también se tiene en cuenta que las **condiciones que mantienen la conducta actual pueden ser bastante diferentes de aquellas que dieron lugar al surgimiento** de la conducta. Por ejemplo, los ataques de pánico pueden surgir facilitados por acontecimientos estresantes y luego mantenerse por el miedo a que se repitan. Por otra parte, el pasado no puede ser reconstruido con la objetividad necesaria y no puede hacerse nada sobre los determinantes pasados de una conducta; sólo se puede actuar sobre los determinantes actuales.
- # **Comprender la etiología de un problema psicológico puede ser útil, pero no es esencial para producir un cambio** conductual (aunque sí de cara a la prevención). A la inversa, el éxito en cambiar una conducta problemática no muestra que la explicación acerca de su génesis sea correcta.
- **En función de la evaluación realizada, se elabora un programa de intervención que tenga en cuenta el problema o problemas específicos presentados, las variables que los controlan y las características de cada cliente (edad, nivel cultural, motivación, expectativas) y de su medio.** Existen muchas técnicas de TCC que pueden combinarse y variarse de múltiples formas para desarrollar distintos programas de intervención. Por tanto, no existen, en principio, intervenciones estándar para problemas estándar. Sin embargo, en las investigaciones se utilizan con frecuencia diseños entre-grupos con intervenciones prefijadas y no individualizadas. Tampoco es raro que en la práctica clínica muchas decisiones de intervención se basen en modelos nomotéticos del problema en vez de en análisis funcionales idiográficos (Haynes y O'Brien, 1990).
- **La evaluación es un proceso continuo que prosigue a lo largo de la intervención y en el que se analizan los resultados parciales que se van obteniendo y la nueva información que pueda ir proporcionando el cliente (incluyéndose aquí los nuevos problemas que pueda comunicar).**
 - # **De este análisis dependerá que:** a) Se adopten acciones correctoras cuando la intervención no se realiza tal como estaba planeado. b) Se modifique la intervención caso de que no se considere adecuada. c) Se reconsideren o no los objetivos a lograr y la evaluación inicial de los problemas del cliente.
 - # La evaluación no termina con el cese de la intervención, sino que se realiza también después de pasar un/os cierto/s periodo/s de tiempo tras la finalización de esta (**seguimiento**) para comprobar si se mantienen los logros alcanzados. El hecho de que la evaluación del progreso tenga lugar de forma continua a lo largo de la intervención ha llevado en ocasiones a que no se realice una evaluación final más exhaustiva del problema. Sin embargo, esto es muy recomendable. Por otra parte, en la práctica clínica se hacen seguimientos con poca regularidad debido a cuestiones de tiempo por parte del terapeuta.
- **Las técnicas de TCC se derivan de los principios teóricos y hallazgos empíricos de la psicología científica o, al menos, son congruentes con ellos.**
 - # Este último matiz es muy importante por dos razones: a) muchas técnicas tienen precursores históricos remotos y recientes, aunque, eso sí, por lo general, menos sistematizados y perfeccionados; b) muchas técnicas deben más a la experiencia clínica que a los modelos teóricos y hallazgos experimentales de la psicología.

- # El terapeuta de conducta emplea el **conocimiento científico pertinente combinado con sus experiencias personales y con información que no ha sido derivada de la psicología científica**. A este respecto, la práctica clínica y la vida cotidiana enseñan formas de solucionar problemas a veces mucho más ingeniosas que las elaboradas en centros de investigación. Sin embargo, estas formas deberán someterse a prueba.
- **La intervención se dirige a prevenir, eliminar o reducir conductas inadecuadas y a enseñar o potenciar conductas adecuadas teniendo en cuenta las variables que controlan estas conductas.**
- # Muchos autores han añadido además que la intervención no se centra en (supuestas) **causas subyacentes**. Ahora bien, depende de lo que se entienda por "causas subyacentes". Si por estas se entiende impulsos reprimidos, conflictos inconscientes y otras variables inferidas con escaso o nulo anclaje empírico, entonces la TCC no aborda las causas subyacentes. Ahora bien, si por causas subyacentes se entiende las variables actuales que regulan la conducta, sean estas variables ambientales o personales (a condición en este caso de que estén ancladas en variables antecedentes y consecuentes objetivamente observables), entonces la TCC sí que tiene en cuenta las causas subyacentes. (Sin embargo, los seguidores del análisis conductual aplicado tienden a evitar los fenómenos internos, cognitivos o biológicos.)
- # Así pues, la intervención no se centra únicamente en las conductas problemáticas, sino también en los factores actuales que regulan estas conductas. **Una intervención que no altere las principales variables controladoras de una conducta será probablemente ineficaz**. Por ejemplo, si una persona bebe excesivamente para controlar su ansiedad social y simplemente eliminamos la conducta de beber mediante terapia aversiva, es muy probable que reaparezca la conducta problema o que la persona acuda a otras drogas o que limite sus contactos sociales. Igualmente, un insomnio puede estar en función de un miedo a la oscuridad y/o a los ladrones; generalmente, poco se conseguirá tratando directamente el insomnio mediante relajación si no se eliminan los miedos mediante otros métodos.
- **Las metas de la intervención y esta misma se acuerdan mutuamente entre terapeuta y cliente (y/o los tutores o responsables de este).**
- # Aunque, en general, los objetivos deben ser acordados con el cliente, conviene hacer algunas **matizaciones**. Objetivos muy atemorizantes no tienen por qué ser mencionados de entrada y otros objetivos no tienen por qué ser operacionalizados con el paciente. Por ejemplo, podemos compartir con el cliente el objetivo de elevar el estado de ánimo, pero no que esto se determinará sacando menos de una puntuación X en un cierto cuestionario.
- # Las metas no consisten en enunciados vagos y generales, sino que son **claramente definidas y especificadas**. En el caso de una depresión, posibles metas serían incrementar las relaciones sociales y actividades placenteras y reducir significativamente los lloros y la puntuación en un test de depresión. Existen unas metas u objetivos finales para alcanzar las cuales se procede a través de una serie de **subobjetivos** también claramente especificados.
- **Por lo general, la intervención se lleva a cabo, antes o después, en el ambiente natural en el que ocurren las conductas problemáticas o no ocurren las conductas de interés**. La intervención puede aplicarse en el ambiente natural ya desde el principio; por ejemplo, el terapeuta se desplaza al medio del cliente, se utilizan paraprofesionales (pa-

dres, maestros, familiares, amigos, compañeros, pareja, asistentes en instituciones) y/o se emplean técnicas de autodirección. Por otro lado, la intervención en el medio natural puede ir precedida por o ser simultaneada con una intervención en ambientes más restringidos (consulta, hospital, institución).

- **Los efectos de la intervención son evaluados a través de múltiples modalidades de respuesta mensurable** (motora, cognitiva, autónoma, emocional) –con particular énfasis en la conducta manifiesta (a no ser que otro tipo de conducta sea el foco de interés)– **y de múltiples métodos y fuentes de información** (entrevista, cuestionarios, autorregistros, observadores, personas allegadas, registros mecánicos). **Se enfatiza la significación clínica del cambio y la generalización y mantenimiento de este.**

Los resultados de la intervención son evaluados en términos del cambio inicial conseguido, de su generalización a las situaciones pertinentes de la vida real y de su mantenimiento a lo largo del tiempo. (El tratamiento incluye las estrategias oportunas para favorecer esta generalización y mantenimiento.) Además, se busca evaluar si los cambios conseguidos con la intervención son clínica o socialmente significativos. Es decir, no basta con conseguir cambios en las conductas problemáticas, sino que estos cambios deben ser de tal magnitud que supongan una resolución o al menos una mejora sustancial de los problemas para los que se ha aplicado la intervención.

- **La TCC supone la colaboración y participación activa del cliente en los procesos de evaluación e intervención.** Esto implica por parte del cliente:
 - # Participar en la discusión y posterior **acuerdo sobre la forma de conceptualizar sus problemas**, sobre los **objetivos** a alcanzar y sobre los **métodos de intervención** a seguir.
 - # **Cooperar** constantemente en el proceso de **evaluación continua** (piénsese, p.ej., en los autorregistros) y en las actividades de **tratamiento**, ya sea durante la sesión o fuera de ella.
 - # Variables como la edad, desarrollo intelectual, locus de control y gravedad de los problemas, entre otras, determinan que un cliente juegue un papel más o menos activo en los procesos de evaluación e intervención y que otras personas (padres, maestros, otros responsables) tengan un papel más o menos prominente en estos procesos.
- **Se considera que una relación positiva y de confianza entre terapeuta y paciente es una condición importante, aunque no suficiente, para la buena marcha de la intervención y para la consecución del cambio conductual.**
 - # Diversos estudios que han comparado la forma de trabajar de terapeutas de distintas orientaciones no han encontrado diferencias entre el tipo de relación que establecen con sus clientes (Keijsers, Schaap y Hoodguin, 2000). Los terapeutas de conducta establecen una relación empática y cordial con sus clientes. La importancia de una buena relación entre terapeuta y cliente queda patente si se piensa que sin ella es muy dudoso que el cliente colabore y participe activamente en los procesos de evaluación e intervención, lo cual es una de las características de la TCC.
 - # Naturalmente, la importancia de la relación entre terapeuta y cliente se extiende también a la relación del terapeuta con aquellas personas con las que interactúa en el contexto de la intervención; por ejemplo, los responsables del cliente cuando este es menor de edad o sufre algún tipo de incapacitación.

Pueden distinguirse **cuatro enfoques principales** dentro de los modelos conductuales y cognitivo-conductuales: a) análisis conductual aplicado (Skinner), b) enfoque neoconductista mediacional (Wolpe), c) enfoque cognitivo-conductual (Beck, Ellis, Meichenbaum), y d) teoría cognitivo-social (Bandura). Estos enfoques, a pesar de sus diferencias, no están necesariamente en oposición unos a otros y **no constituyen grupos cerrados**; muchos terapeutas de conducta no pueden ser encuadrados de forma simple y exclusiva en ninguno de ellos.

Conviene señalar, por otra parte, que a partir del análisis conductual aplicado se ha desarrollado un movimiento denominado **contextualismo** –o análisis conductual clínico– que difiere del primero en algunos aspectos. La diferencia fundamental está en el desarrollo terapéutico, en el cual la conducta verbal adquiere un gran protagonismo. Dentro del contextualismo pueden distinguirse la terapia de aceptación y compromiso de Hayes, la psicoterapia analítica funcional de Kohlenberg y Tsai, la terapia de conducta dialéctica de Linehan y la terapia integradora de pareja de Jacobson (Vázquez, 2004). Estas terapias han sido denominadas la tercera generación de la terapia conductual (la primera sería la terapia conductista y la segunda la terapia cognitivo-conductual), la cual da una importancia fundamental al contexto en el que ocurre el comportamiento y a las funciones de este más que a su forma o topografía. Así, por ejemplo, sería más importante considerar la función que tienen unos pensamientos en vez de su contenido.

Valoración de los modelos conductuales y cognitivo-conductuales

Positivo

- Énfasis en las **experiencias de aprendizaje**.
- Concepción **optimista sobre las posibilidades de cambio** de las personas.
- **Bajo o moderado nivel de abstracción en sus formulaciones**, lo que facilita su estudio científico.
- **Énfasis en la comprobación empírica** de las formulaciones teóricas, de la fiabilidad y validez de los instrumentos de evaluación y de la eficacia de los tratamientos aplicados. Los modelos conductual y cognitivo-conductual son los que más han contribuido a la consideración de una **psicoterapia científica**.
- Descripción y sistematización de **gran número de técnicas de amplio uso**.

Negativo

- **Falta de un marco teórico claro y diferenciado**. Resulta difícil establecer que es lo que tiene de específico el modelo conductual más allá de su adhesión a la metodología científica, metodología que puede ser utilizada, naturalmente, por otros enfoques.
- **Énfasis injustificado en que los principios y técnicas empleados han sido derivados de la psicología científica**, cuando, en realidad, muchos de ellos deben más a la experiencia clínica.
- **Falta de reconocimiento de los factores cognoscitivos y subjetivos en los enfoques no cognitivos**.

- **Supeditación de la emoción a la cognición en los enfoques cognitivos.**
- **Se requiere una mejor validación de los procedimientos de evaluación de las cogniciones** y que estos no consistan sólo en autoinformes.

FACTORES DIFERENCIALES ENTRE LOS DIVERSOS MODELOS DE INTERVENCIÓN

Una de las diferencias más notables entre los diversos modelos es el **nivel de inferencia empleado** a la hora de interpretar y dar significado a la información obtenida. Este nivel de inferencia es alto en los modelos psicodinámicos y fenomenológicos, moderado o bajo en el submodelo cognitivo-conductual y bajo en el submodelo del análisis conductual aplicado (conductista). Supongamos que sabemos lo siguiente. Un niño pequeño llora fuertemente durante un cierto periodo cuando se le acuesta en su cuna cada noche. Al cabo de cierto tiempo variable, la madre entra en el cuarto, lo tranquiliza y el niño deja de llorar. Posibles inferencias a partir de esta información serían las siguientes (Bernstein y Nietzel, 1980/1988):

1. El llanto cesa cuando la madre entra en la habitación y comienza de nuevo cuando se va.
2. La madre se muestra muy ansiosa acerca del bienestar de su hijo.
3. Parece que la madre considera que el llanto es una situación de crisis.
4. El llanto se ve reforzado por medio de la atención de la madre (modelo conductual).
5. La atención ciega de la madre puede ser una formación reactiva que oculta su desprecio inconsciente hacia el hijo (modelo psicodinámico).
6. La ansiedad de la madre no consiste tanto en una preocupación por el hijo, como en lo que ella considera que es una forma óptima de cómo debe comportarse una buena madre (modelo fenomenológico).
7. La madre exhibe un comportamiento neurótico (clasificación).
8. Es probable que el niño dependa exageradamente de la madre en su vida futura (predicción).

Cuanto mayor es el salto entre los datos y las suposiciones, mayor es el nivel de inferencia y más fácil es cometer errores. El nivel y tipo de inferencia dependen de variables como el entrenamiento, modelo teórico, intuición, prejuicios y experiencias del terapeuta.

A nivel más específico, pueden señalarse una serie de **diferencias entre los distintos modelos** de intervención en cuanto a la concepción de la patología, la evaluación, los objetivos terapéuticos y el tratamiento.

Diferencias en cuanto a la patología:

- **Modelo psicodinámico:** Los síntomas son el resultado de conflictos inconscientes intrapsíquicos y/o interpersonales, de la rigidez de los mecanismos de defensa y de la fijación y regresión a etapas anteriores del desarrollo.

- **Modelo fenomenológico:** Los síntomas son consecuencia de la no autorrealización, de la incongruencia entre el sí mismo real y el sí mismo tal como es moldeado por los otros, y/o del funcionamiento desordenado del sistema de constructos.

- **Modelo sistémico:** Los síntomas del paciente identificado son el resultado de disfunciones en la estructura y comunicación del sistema familiar.

- **Modelo conductual y cognitivo-conductual:** Los síntomas son problemas derivados del aprendizaje (clásico, operante, observacional) o falta de aprendizaje de respuestas motoras, cognitivas, autónomas y emocionales. El modelo cognitivo-conductual enfatiza el papel de los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias desadaptativas.

Diferencias en cuanto a la evaluación:

- **Modelo psicodinámico:** Se centra en la estructura del yo (límites, sentido de la realidad, funciones integradoras, sintéticas y organizadoras), mecanismos de defensa, estructura del super-yo, situación del ello y de los impulsos sexuales y agresivos, ansiedad y emociones básicas, y relaciones objetales. Métodos: entrevistas no estructuradas, pruebas proyectivas.

- **Modelo fenomenológico:** Posibles aspectos de interés son el nivel de congruencia entre el sí mismo real y la forma en que uno siente, percibe y actúa, el proyecto existencial, los constructos personales, la percepción subjetiva del mundo y de uno mismo, el nivel de conciencia y aceptación de los propios deseos y necesidades, la integración de estas. Métodos: entrevistas no estructuradas, técnica de la rejilla.

- **Modelo sistémico:** Evalúa las pautas de comunicación disfuncionales, los límites entre subsistemas, las coaliciones, las interpretaciones de las secuencias de hechos, las interacciones familiares, el sistema de poder, la adaptación a los cambios. Métodos: Entrevistas, observación, cuestionarios.

- **Modelo conductual y cognitivo-conductual:** Especifica y cuantifica las conductas motoras, cognitivas, autónomas y emocionales implicadas en los problemas, e identifica las variables antecedentes, consecuentes y características personales estables funcionalmente relacionadas con las mismas. Métodos: Entrevistas (al cliente y a otros), cuestionarios, autorregistros, observación, registros psicofisiológicos.

Diferencias en cuanto a los objetivos terapéuticos:

- **Modelo psicodinámico:** Resolución de la transferencia y de los conflictos intrapsíquicos, disminución de los impulsos y manejo de estos, uso de defensas flexibles, *insight* intelectual y emocional, desaparición del síntoma, reestructuración de la personalidad.

- **Modelo fenomenológico:** Congruencia entre el sí mismo real y la forma en que uno siente, percibe y actúa, autorrealización, conciencia e integración de los propios deseos y necesidades.

- **Modelo sistémico:** Desaparición o reducción del problema, modificación de pautas disfuncionales de comunicación e interacción en la familia, cambios en la estructura de esta.

- **Modelo conductual y cognitivo-conductual:** Desaparición o reducción de los problemas y adquisición de habilidades para afrontar la vida.

Diferencias en cuanto a las técnicas de tratamiento:

- **Modelo psicodinámico:** Atención vigilante, asociación libre, confrontación, clarificación, interpretación, trabajo elaborativo, análisis de los sueños, análisis de las resistencias, análisis de la transferencia y otras técnicas (catarsis o abreacción, apoyo emocional, sugestión, persuasión, in-

formación objetiva).

- **Modelo fenomenológico:** Las actitudes del terapeuta (empatía, aceptación positiva incondicional, autenticidad) se consideran fundamentales. Además, pueden emplearse técnicas como centrarse en el aquí y ahora, fantasía (trabajo con sueños o imágenes), dramatización (psicodrama, técnica de la silla vacía y de las dos sillas), análisis de la vida, masaje y expresión corporal.

- **Modelo sistémico:** Técnicas de exploración y participación en el sistema (rastreo, acomodación, mimetismo, validación), reformulación, técnicas paradójicas (intención paradójica, restricción, posicionamiento, utilización), prescripción de tareas, ilusión de alternativas, uso de analogías, cuestionamiento circular y preguntas triádicas.

- **Modelo conductual y cognitivo-conductual:** Técnicas de respiración y relajación, técnicas de exposición, modelado, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas operantes (reforzamiento, moldeamiento, costo de respuesta, economía de fichas, contratos, control de estímulos), biorretroalimentación, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, técnicas de activación conductual y técnicas de distracción. Son comunes las actividades entre sesiones.

Consideremos un caso de agorafobia.

- Un **terapeuta psicodinámico** puede emplear asociación libre, interpretación y análisis de las resistencias y de la transferencia para que el cliente tome conciencia y supere el conflicto inconsciente subyacente. Un **terapeuta gestáltico** puede emplear el análisis de los sueños, el señalamiento del comportamiento no verbal y la técnica de las dos sillas para que el cliente tome conciencia de sus polaridades de dependencia-independencia y las integre.
- Un **terapeuta sistémico** puede reformular el problema en términos positivos, plantear una solución al mismo en términos paradójicos (p.ej., intención paradójica para los ataques de pánico) y utilizar el problema presentado para producir un cambio estructural en la familia. Un **terapeuta conductual** puede emplear exposición en vivo a las situaciones temidas junto con retroalimentación y reforzamiento.
- Finalmente, un **terapeuta cognitivo-conductual** puede emplear exposición en vivo e interoceptiva apoyada por estrategias de afrontamiento de la ansiedad/pánico (respiración, reestructuración cognitiva) y combinada, en los casos necesarios, por técnicas como la resolución de problemas y el entrenamiento en asertividad para el manejo de situaciones estresantes y conflictos interpersonales.

FACTORES COMUNES A LAS DISTINTAS ORIENTACIONES

¿Son las distintas orientaciones o modelos tan diferentes? **Una cosa es lo que se dice que se hace y otra lo que se hace realmente.** Desde luego, las diversas orientaciones son en la práctica más parecidas de lo que se dice, aunque, eso sí, **existen importantes diferencias** en la forma en que los terapeutas abordan los trastornos (centrarse en el pasado o en el presente, trabajar sólo dentro o también fuera de la sesión, considerar unos u otros factores como determinantes del problema, emplear unas u otras técnicas prioritariamente). Pero sin negar estas diferencias, **existen muchos factores comunes** a las distintas terapias psicológicas (véanse, por ejemplo, Gavino, 2004; Kleinke, 1994/1995; Rosa, Olivares y Méndez, 2004). El intento de encontrar estos factores debe basarse en lo que los terapeutas hacen en vez de en lo que dicen que hacen.

A continuación se presentan **ejemplos de factores comunes**, aunque no todos coinciden en cuáles son los implicados en la explicación del cambio:

- Empatía, aceptación positiva incondicional, autenticidad, credibilidad, apoyo, tranquilización, aliento y competencia por parte del terapeuta. Lo importante es la percepción que el paciente tiene de estas características.
- Relación positiva y de confianza entre terapeuta y paciente.
- La provisión de un marco de curación (despacho, clínica, hospital) que proporciona formalidad al proceso de terapia y ayuda a distinguir esta de la amistad o conversación casual.
- Relación de poder e influencia social. El terapeuta alcanza una posición de poder (a través del prestigio, sugestión, persuasión, congraciación) y luego emplea este poder para que los clientes asuman la responsabilidad del cambio y se vean y comporten de forma diferente.
- Reconceptualización de los problemas del paciente en términos plausibles y convincentes para él (con el *insight* que esto conlleva sobre cómo se comporta y las razones que le llevan a ello) y corrección de concepciones, creencias o esquemas erróneos a través de la provisión de información o de otros métodos.
- Ofrecimiento de procedimientos terapéuticos en los que creen terapeuta y paciente. Estos procedimientos amplían el abanico de estrategias del paciente para afrontar las situaciones problemáticas.
- Acuerdo entre cliente y terapeuta respecto a las metas y métodos de tratamiento.
- Desarrollo de fe, confianza y expectativas de mejora.
- Fomento de experiencias correctivas y experiencias de éxito que desarrollan sentimientos de autoeficacia y sensación de control.
- Oportunidad de comprobar repetidamente la realidad. Esto ayuda a corregir concepciones, creencias o esquemas erróneos.
- Reforzamiento de conductas deseables, aprobación, consejo.
- Facilitación de la puesta en marcha de recursos "dormidos" del paciente.
- Efectos sinérgicos que el cambio en un área de funcionamiento puede tener sobre otra.
- Facilitación de la catarsis o liberación emocional.
- Reducción de la perturbación emocional (a través de la relación terapéutica, apoyo, catarsis, etc.).

Muchos factores comunes entre orientaciones pueden coincidir en el nombre, pero no en cómo son llevados a cabo. Por ejemplo, la provisión de nuevas experiencias puede referirse a dentro o fuera de la sesión y las nuevas experiencias pueden definirse como experiencias de la infancia revividas, pensamientos nuevos, nuevas formas de experimentar autovaloraciones, nue-

vas respuestas del terapeuta a la forma habitual de comportarse del cliente (p.ej., responder a la ira y suspicacia con comprensión en vez de con hostilidad; o a la dependencia con fomento del comportamiento independiente en vez de con el reforzamiento de aquella), prescripción de nuevas formas de comportarse o la terapia psicológica en sí misma.

Los factores comunes pueden considerarse como estrategias que pueden llevarse a cabo a través de distintas técnicas que pueden variar según las orientaciones. Representan un nivel intermedio de abstracción entre las técnicas y la teoría.

Hasta el momento **no ha habido mucha investigación empírica para identificar estos factores**, para establecer si se dan en el mismo grado en las distintas orientaciones y para determinar si, como muchos piensan, son los responsables principales del cambio terapéutico. En este último caso, debería averiguarse también cuáles son los factores comunes implicados, que porcentaje del cambio explican y si son condiciones necesarias.

Existe una **necesidad de identificar empíricamente tanto los factores comunes como aquellas contribuciones únicas que cualquier orientación pueda ofrecer** (p.ej., el tratamiento de exposición para las fobias surgido dentro del enfoque conductual). Un enfoque ecléctico o integrador debe tener en cuenta ambas cosas. No todo son factores comunes. Por ejemplo, Lambert es citado frecuentemente respecto a los porcentajes con que contribuyen distintos factores al cambio terapéutico: factores extraterapéuticos de tipo personal, social y ambiental (40%), factores comunes (30%), técnicas (15%) y expectativas o efectos placebo (15%) (Feixas y Miró, 1993). Estos porcentajes deberían replicarse, ya que representan valoraciones y no derivaciones de cálculos estadísticos.

También es necesario estudiar **si el peso de los factores comunes varía en función de los problemas considerados**: fobias, compulsiones, trastornos psicóticos, disfunciones sexuales, tartamudeo, trastornos de personalidad, etc.

ECLECTICISMO E INTEGRACIÓN

En los últimos años ha habido un nuevo resurgir del interés por la integración de las terapias psicológicas (Feixas y Miró, 1993; Rosa, Olivares y Méndez, 2004). Este interés se ha visto **facilitado** por:

- La **proliferación de orientaciones**.
- Las **limitaciones conceptuales** de las orientaciones monolíticas. No basta con centrarse en uno o unos pocos aspectos: conducta, cogniciones, afecto, biología, procesos inconscientes, relación terapéutica.
- **Contingencias socioeconómicas y externas**, tales como ataques desde fuera y presiones de parte de jueces, administración, compañías aseguradoras y asociaciones de consumidores. Se han comenzado a exigir datos sobre la eficacia, utilidad clínica, calidad y durabilidad de los tratamientos, y, sin cambios terapéuticos, peligran el prestigio, los clientes y el dinero.
- **Incremento de los tratamientos breves (≤ 26 sesiones) centrados en el problema**. Esto se ha visto facilitado por las reducciones de pago por parte de la seguridad social y de las compañías de seguros. Además, existen datos de que las terapias breves pueden ser tan eficaces como las de larga duración y que la mayoría de la mejora ocurre en las pri-

meras 8 sesiones (Pekarik, 1993).

- **Oportunidades para observar otros tratamientos en acción y experimentar con ellos.** Estas oportunidades han venido dadas por la existencia de cursos en clínicas especializadas en trastornos concretos y por la publicación de manuales específicos sobre distintas intervenciones.
- Las **limitaciones en eficacia terapéutica** de las orientaciones monolíticas. Otras orientaciones pueden tener algo que ofrecer.
- **Creencia de que los factores comunes a las distintas orientaciones tienen un gran peso en la explicación del cambio terapéutico.**
- **Desarrollo de una red profesional para la integración**, constituida por la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI), revistas y congresos sobre el tema.

Las orientaciones no deben ser compartimentos cerrados, sino que tienen que estar abiertas al cambio. Por otra parte, algunos han señalado que no es bueno llegar rápidamente a un solo enfoque terapéutico. La diversidad es la fuente de la novedad. **Debe haber bastante diversidad para interactuar, pero no tanta como para amenazar la identidad profesional de la terapia psicológica.** La actual fragmentación es nociva y da una mala imagen, tanto hacia el interior como hacia el exterior, pero una unificación prematura tampoco es útil. Una integración prematura de orientaciones o posiciones que no cuenten con suficiente apoyo empírico puede perjudicar el progreso.

El verdadero valor de la integración radica en su supuesta mayor eficacia. Sin embargo, no ha sido demostrado hasta el momento que un enfoque ecléctico o integrador sea más eficaz; podría incluso ser inferior. Además, existen **diferentes enfoques eclécticos e integradores**, los cuales pueden convertirse en nuevas orientaciones monolíticas y reproducir así el estado de cosas que se quiere superar.

La integración no debería limitarse a las terapias psicológicas, sino que debería extenderse a otras ramas de la psicología (cognitiva, básica, social, evolutiva, psicofisiología) y a otras disciplinas afines (psicofarmacología, medicina).

La elección personal del eclecticismo puede ser facilitada por los siguientes factores: a) Falta de presiones en el entrenamiento y ambientes profesionales dirigidas hacia una determinada orientación. b) Mayor experiencia clínica. c) Un impulso para combinar todas las intervenciones terapéuticas. d) Un carácter inconformista que lleva a moverse más allá de una determinada orientación. e) Una actitud escéptica hacia el *status quo*.

TIPOS DE ECLECTICISMO Y NIVELES DE INTEGRACIÓN

Feixas y Miró (1993) han distinguido **tres tipos de eclecticismo:**

- **Eclecticismo intuitivo o ateórico.** Muy frecuente en la práctica clínica, combina técnicas de diferentes enfoques sin que haya un sistema que dé coherencia al conjunto. La combinación depende de las intuiciones, experiencias y preferencias de cada terapeuta.
- **Eclecticismo técnico.** Combina técnicas de diferentes enfoques de acuerdo con criterios sistemáticos de tipo pragmático (eficacia) o teórico y sin tener por qué aceptar el marco

teórico original de las técnicas.

- **Eclecticismo sintético o integración teórica.** Trata de integrar conceptos de distintas teorías ya sea reformulando los conceptos de una en términos de la otra (integración asimilativa) o articulando entre sí conceptos teóricos de distinto origen, pero compatibles (integración acomodativa).

En cuanto a los **niveles de integración**, podemos distinguir la teoría, la metodología y la tecnología.

- **Teoría.** Existen importantes diferencias en la filosofía base sobre la concepción del hombre. Aquí la **integración es difícil**. Según Beutler, una teoría integrada no es posible porque las teorías existentes de los terapeutas: a) están confundidas con sus propias creencias personales, b) se reflejan muy poco en las decisiones momento a momento durante el tratamiento, c) son innumerables, y d) no responden a ningún argumento o disconfirmación.
- # La integración se verá facilitada si las teorías amplias y muy inferenciales que intentan explicar todos los aspectos del funcionamiento humano y tipo de problemas se ven sustituidas por **modelos más específicos y operacionales** que se centren en la explicación, mecanismos de cambio y tratamiento de diferentes problemas clínicos. Podría recordarse aquí la famosa pregunta de Paul: ¿Qué intervención, aplicada por quién, es más eficaz para este paciente con este problema y bajo qué circunstancias?
- # La **integración de las teorías lleva consigo la de las técnicas**. Limitarse sólo a esto último es lo propio del eclecticismo técnico. Este es el más frecuente en la práctica, mientras que la integración es una aspiración. Las **diferencias (simplificadas) entre eclecticismo e integración** se exponen a continuación.

Eclecticismo	Integración
Técnico	Teórica
Divergente (diferencias)	Convergente (comunalidades)
Escogiendo entre muchos	Combinando muchos
Aplicando lo que hay	Creando algo nuevo
Acumulación	Combinación
Aplicando las partes	Unificando las partes
"Ateórico", pero empírico	Más teórica que empírica
Suma de las partes	Más que la suma de las partes
Realista	Idealista

- **Metodología.** Necesidad de someter a prueba las formulaciones teóricas, métodos de evaluación y tratamientos. **Se carece de datos suficientes de eficacia de muchas orientaciones.** Se necesita un **consenso sobre metodología adecuada y sobre medidas terapéuticas aceptables.**
- **Tecnología.** Pueden emplearse técnicas de distintas orientaciones sin aceptar necesariamente sus bases teóricas o reinterpretando estas bases. La utilidad radica en razones empíricas, no teóricas. El eclecticismo técnico persigue mejorar la habilidad para seleccionar el mejor tratamiento para una persona y problema. Para ello, se miran los datos de lo que

mejor ha funcionado para otros con similares problemas y características.

- # El **eclecticismo** tiene a veces una connotación peyorativa porque **se le confunde con el sincretismo** (eclecticismo ateuico): combinaciones no críticas y no sistemáticas de técnicas, que suelen reflejar mediocridad e incompetencia. Como dijo Rotter: "Todo pensamiento sistemático implica la síntesis de puntos de vista preexistentes. No es cuestión de ser o no ecléctico, sino de ser o no consistente y sistemático".
- # **Una técnica puede no ser la misma cuando se aplica en diferentes orientaciones.** Por ejemplo, en la técnica de las dos sillas un terapeuta gestáltico dará gran importancia a la observación y exageración de gestos físicos, a la expresión de sentimientos y a la toma de conciencia de estos. En cambio, un terapeuta cognitivo se preocupará menos por los niveles crecientes de emoción que por descubrir las creencias inadaptadas que subyacen a la emoción experimentada.
- # **Aunque un eclecticismo técnico puede ser pragmáticamente útil, es preferible un integracionismo que vaya más allá.** El eclecticismo técnico es útil para sintetizar lo que se sabe, pero las consideraciones teóricas controladas pueden fomentar nuevos descubrimientos. Sin embargo, muy probablemente no ha llegado aún el tiempo de un integracionismo teórico.

OBSTÁCULOS PARA LA INTEGRACIÓN

Pueden citarse los siguientes:

- **Diferentes filosofías** base sobre la concepción del hombre, determinantes de la personalidad, explicaciones de la conducta normal y anormal, y objetivos de la terapia. Esto va asociado a diferencias en lo que se considera formas válidas de conocimiento (inferencia, significado subjetivo, observación) y los métodos para adquirir este conocimiento (interpretación, exploración fenomenológica, método experimental).
- **Problemas de lenguaje.** Falta de un lenguaje común, reacciones emocionales negativas ante determinadas palabras o conceptos, dificultad en entender otros conceptos, empleo de distintos términos para decir lo mismo y de palabras idénticas con significado diferente. Una alternativa es desarrollar un lenguaje común basado en la psicología cognitiva experimental, aunque hay que reconocer que esta permanece aún muy desconectada de la clínica. Mientras tanto, sería útil conocer distintos lenguajes teóricos.
- **Falta de conocimiento adecuado de otras orientaciones.** Conocimiento superficial basado por lo general en segundas fuentes, conocimiento anticuado, interpretaciones erróneas, sesgo emocional negativo.
- **Competitividad entre orientaciones** asociada a beneficios sociales, profesionales y económicos.
- **La identificación con la propia orientación da seguridad** y evita el miedo a sentirse solo o aislado. Además, facilita la comunicación y el intercambio de información con otros profesionales afines.
- **Falta de entrenamiento en más de una orientación.** Sin embargo, hay que reconocer que un programa de entrenamiento en terapia psicológica integradora es algo complejo y muy exigente. También requiere mucho más trabajo mantenerse al día.

- **Investigación empírica inadecuada sobre la integración de las terapias psicológicas.** No ha sido demostrado hasta el momento que un enfoque ecléctico o integrador sea más eficaz.

Probablemente, **el tiempo para la integración aún no ha llegado. Ni tan siquiera hemos conseguido la integración dentro de las distintas orientaciones. Sin embargo, ha habido avances al respecto.** Así, en TCC se ha reconocido la importancia de factores cognitivos y del procesamiento inconsciente; y en psicoanálisis se ha tendido hacia tratamientos más cortos, consideración de variables interpersonales y empleo de técnicas orientadas a la acción.

ÁREAS DE APLICACIÓN

Las áreas de aplicación de la intervención psicológica abarcan distintos ámbitos: clínica, salud, trabajo, educación, comunidad, deporte. Podemos encontrar psicólogos trabajando en clínicas, hospitales, centros de salud (general o mental), centros de tratamiento de drogodependencias, empresas, centros educativos, centros de atención psicopedagógica, instituciones para retrasados mentales, centros de asistencia al menor, juzgados, instituciones penitenciarias, residencias de ancianos, centros de acción social, centros de rehabilitación de inválidos, equipos deportivos, centros militares, práctica privada, etc.

A continuación se enumeran las distintas áreas y problemas en que las intervenciones psicológicas han sido aplicadas hasta el momento. Para más información, pueden consultarse Carroble (1985) y Labrador (1984, 1990), así como los numerosos libros que describen las diferentes aplicaciones de las distintas intervenciones psicológicas.

ÁREA CLÍNICA

- Fobias y miedos específicos, fobias sociales, agorafobia.
- Trastorno de pánico y ataques de pánico.
- Ansiedad social, ansiedad heterosocial, falta de aserción, déficit de habilidades sociales.

- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático (por accidente, violación, tortura, combate).

- Trastorno de ansiedad por separación.
- Depresión, trastorno bipolar.
- Disfunciones sexuales (impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, vaginismo) y parafilias (paidofilia, exhibicionismo, fetichismo).

- Trastornos de pareja.
- Insomnio, pesadillas, terrores nocturnos.
- Obesidad, anorexia, bulimia.

- Drogodependencias: alcohol, tabaco, heroína, cocaína, cafeína, fármacos
- Juego patológico.
- Ira, agresión.

- Víctimas de malos tratos y de abusos sexuales.
- Tartamudeo, tics, hábitos nerviosos (onicofagia, tricotilomanía, bruxismo)
- Mutismo selectivo.

- Enuresis y encopresis.
- Hiperactividad/impulsividad, déficit de atención.
- Problemas niños-padres: desobediencia, negativismo, rabietas, mentiras, robos.

- Deficiencia mental.
- Autoestimulación y autolesión.
- Esquizofrenia, autismo, psicosis infantiles.

- Duelo, culpabilidad, baja autoestima, mutismo electivo.
- Trastornos de personalidad.
- Delincuencia.

ÁREA DE SALUD

- Sistema cardiovascular: arritmias cardíacas, hipertensión esencial, migrañas, enfermedad de Raynaud.
- Sistema neuromuscular: parálisis, paresis, espasticidad, temblores, tortícolis espasmódica, espasmos, calambre del escribiente, síndrome temporomandibular, cefaleas tensionales.
- Sistema gastrointestinal: trastornos de la motilidad esofágica, colon irritable, úlceras pépticas, colitis ulcerosa, incontinencia fecal, diarrea funcional, estreñimiento, náuseas y vómitos.
- Sistema genitourinario: retención urinaria, incontinencia urinaria, micción excesiva.
- Sistema nervioso central: epilepsia, demencias.
- Sistema respiratorio: asma.

- Sistema dermatológico: neurodermatitis, urticaria, acné.
- Sistema visual: estrabismo, miopía, glaucoma.
- Sistema endocrino: diabetes.

- Sistema inmunológico: cáncer, SIDA.
- Dolor crónico, dismenorrea.
- Facilitar el cumplimiento de los tratamientos (médicos, psicológicos).

- Preparación para intervenciones quirúrgicas o partos.
- Ayuda en la recuperación y convalecencia.
- Apoyo en estados terminales.

ÁREA LABORAL

- Entrenamiento para buscar empleo y superar entrevistas y pruebas de selección.
- Entrenamiento en técnicas requeridas por el propio empleo.
- Mejora del rendimiento o productividad.

- Consecución de mayores niveles de satisfacción laboral.
- Entrenamiento y desarrollo de recursos personales.
- Mejora de las relaciones entre compañeros y entre jefes y subordinados.

- Entrenamiento en dirección de organizaciones y grupos.
- Aumento de la seguridad en el trabajo.
- Tratamiento de la inadaptación laboral y abandono del trabajo.

- Control del absentismo laboral, retrasos en el horario e indolencia.
- Control de robos, hurtos y sustracciones.
- Preparar al personal para nuevas tareas, trabajos y profesiones.

- Preparación para la situación de retiro.

ÁREA EDUCATIVA

- Enseñanza programada.
- Incremento de las habilidades del maestro para conducir la clase.
- Incremento del desempeño académico en general y en áreas específicas.

- Aumento y mejora de las relaciones entre compañeros.
- Control de conductas perturbadoras en clase.
- Modificación de las conductas del maestro por parte de los alumnos.

- Reducción de miedos relacionados con el contexto escolar.
- Reducción del absentismo escolar.
- Disminución de la ansiedad ante los exámenes.

- Aumento de la creatividad.
- Desarrollo de buenos hábitos de estudio.
- Tratamiento del retraso escolar.

- Aumento de la motivación para el estudio.
- Consecución de mayores niveles de satisfacción escolar.

ÁREA DEL DEPORTE

- Control de los niveles de activación emocional antes y después de la competición.
- Mejora de la ejecución durante la competición.
- Entrenamiento en las técnicas específicas requeridas.

- Modificación de las atribuciones de éxito y fracaso, mejora de la autoestima.
- Afrontamiento de situaciones conflictivas.
- Mejora de la relación entre el entrenador y los deportistas.

- Mejora de la cohesión entre los miembros de un equipo.
- Aprendizaje de respuestas de autocontrol y de no responder a las provocaciones del público u otras personas.

ÁREA COMUNITARIA

- Entrenamiento con niños en resolución de problemas interpersonales y en habilidades sociales.
- Preparación para la maternidad/paternidad.
- Educación para la salud (nutrición, ejercicio, control de ritmos de trabajo excesivos, hábitos de higiene [p.ej., bucodental], limitación del alcohol, tabaco y cafeína).

- Programas de planificación familiar.
- Programas de educación sexual y prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Programas dirigidos a la evaluación y diseño o cambio de ambientes.

- Programas de entrenamiento dirigidos a paraprofesionales.
- Programas dirigidos a grupos de población específicos tales como maestros, personal tutelar, personal sanitario, policías, pacientes psiquiátricos, hipertensos, cardiópatas, estreñidos, hijos de esquizofrénicos, etc.
- Ocupación del tiempo de ocio.

- Readaptación de jubilados.
- Mejora de condiciones de vida en la tercera edad (hábitos de vida, habilidades de autocuidado, habilidades sociales).
- Uso del transporte público.

- Ahorro de energía (gasolina, electricidad, calefacción).
- Empleo de los cinturones de seguridad.
- Enseñanza y potenciación de las conductas de seguridad vial.

- Organización de espacios físicos.
- Recuperación de materiales reciclables (vidrio, pilas).
- Prevención de arrojar basuras en lugares inadecuados.

- Programas residenciales: centros psiquiátricos de día o permanentes, residencias de ancianos, centros de acogida de delincuentes juveniles, centros penitenciarios.
- Pisos protegidos con padres tutores o con personal tutor no residente.

REFERENCIAS

- Anderson, E.M. y Lambert, M.J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514.
- Ávila, A. y Poch, J. (Coords.). (1994). *Manual de técnicas de psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI.
- Baker, E.L. (1988). Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. En S.J. Linn y J.P. Garske (Eds.), *Psicoterapias contemporáneas: Modelos y métodos* (pp. 39-96). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1985.)
- Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed.). Nueva York: Wiley.
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1988). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill. (Original de 1980.)
- Bongar, B.M. y Beutler, L.E. (1995). *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*. Nueva York: Oxford University Press.
- Carrobbles, J.A. (Ed.). (1985). *Análisis y modificación de la conducta II: Aplicaciones clínicas*. Madrid: U.N.E.D. Primera unidad, lección 5.
- Castanedo, C. (1983). *Terapia gestalt: Enfoque del aquí y ahora*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1998). El perfil del psicólogo clínico y de la salud. *Papeles del Psicólogo*, 69, 4-23.
- Comissió Deontològica del COPC (2001). Recomanacions i criteris deontològics de la intervenció psicològica mitjançant internet. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.
- Corey, G. (1996a). *Case approach to counseling and psychotherapy* (4ª ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Corey, G. (1996b). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (5ª ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Cruzado, J.A., Labrador, F.J. y Muñoz, M. (1993). Introducción a la modificación y terapia de conducta. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 31-46). Madrid: Pirámide.
- Daldrup, R.J., Beutler, L., Engle, D. y Greenberg, L. (1988). *Focused expressive psychotherapy*. Nueva York: Guilford.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 181-204.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una aproximación a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Febbraro, G.A.R., Clum, G.A., Roodman, A.A. y Wright, J.H. (1999). The limits of bibliotherapy: A study of the differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks. *Behavior Therapy*, 30, 209-222.
- Fletcher, J., Lovell, K., Bower, P., Campbell, M. y Dickens, C. (2005). Process and outcome of a non-guided self-help manual for anxiety and depression in primary care: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, pp. 319-331
- Frank, J.D. (1988). Componentes terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En M.J. Mahoney y A. Freeman (Coords.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós. (Original de 1982.)
- Garrido, M. y García, J. (Comps.). (1994). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.
- Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Goldfried, M.R. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration*. Nueva York: Springer.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. y Elliot, R. (1993/1996). *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós.
- Gurman, A.S. y Messer, S.B. (Eds.). (1995). *Essential psychotherapies: Theory and practice*. Nueva York: Guilford.
- Haaga, D.A. (1990). Revisión del enfoque de los principios comunes para la integración de las psicoterapias. *Clínica y Salud*, 1, 3-11. (Original de 1986.)
- Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R. y Hoogduin, C.A.L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. *Behavior Modification*, 24, 264-297.
- Kendall, P.C. y Norton-Ford, J.D. (1988). *Psicología clínica: Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa. (Original de 1982.)
- Kleinke, C. (Ed.). (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1994.)
- Kriz, J. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu. (Original de 1985.)
- Labrador, F.J. (1984). La modificación de conducta en los años ochenta. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2, 197-240.
- Labrador, F.J. (1990). Aspectos básicos de la modificación de conducta. En M.A. Vallejo, E.G. Fernández Abascal y F.J. Labrador (Eds.), *Modificación de conducta: Análisis de casos* (pp. 3-84). Madrid: TEA. Punto 6.
- Lazarus, A.A. y Messer, S.B. (1992). ¿Prevalece el caos? Reflexiones sobre el eclecticismo técnico y la integración asimilativa. *Revista de Psicoterapia*, 3, 129-144. (Original de 1991.)
- Liettaer, G., Rombauts, J. y van Balen, R. (Eds.). (1990). *Client centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: University of Leuven Press.
- Linn, S.J. y Garske, J.P. (Eds.). (1988). *Psicoterapias contemporáneas: Modelos y métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1985.)
- Macià, D., Méndez, F.X. y Olivares, J. (1993). *Técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Valencia: Promolibro.
- Marks, I.M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M., Cameron, R., Hirsh, S. y Gega, L. (2003). Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 183, 57-65.
- Martorell, J.L. (1996). *Psicoterapias: Escuelas y conceptos básicos*. Madrid: Pirámide.
- Messer, S.B. y Warren, C.S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. Nueva York: Guilford.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R.A. (1987). Personal construct therapy. En W. Dryden y W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioral approaches to*

- psychotherapy*. Londres: Harper and Row.
- Pekarik, G. (1993). Beyond effectiveness: Uses of consumer-oriented criteria en defining treatment success. En T.R. Giles (Ed), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 409-436). Nueva York: Plenum.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Rodríguez, A. y Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 241-289). Valencia: Promolibro.
- Rosa, A.I., Olivares, J. y Méndez, F.X. (2004). *Introducción a las técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Tortella-Feliu, M. (2002). La nueva prevención: programas específicos para los trastornos de ansiedad y depresión. En M. Servera (Coor.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 465-490). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, F.L. (2004). La modificación de conducta en la actualidad: Una realidad compleja. *Psicología Conductual*, 12, 269-288.