

Capítulo 1

Introducción al Proceso de Evaluación Psicológica Clínica (EPC)

1. Introducción al Proceso de Evaluación Psicológica Clínica (EPC)

1.1. Breve introducción histórico-conceptual a la Evaluación Psicológica Clínica

1.1.1. Desarrollo de la Psicopatología y el Psicodiagnóstico

1.1.2. Desarrollos de las principales escuelas psicológicas

Psicoanálisis

Terapia Humanista

Enfoque cognitivo-conductual

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

1.1.4. Desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso.

1.2. Fundamentos básicos del proceso de evaluación psicológica clínica (EPC)

1.2.1. Punto de partida metodológico

1.2.2. Tipo de información necesaria

1.2.3. Las pruebas de evaluación psicológica en el proceso de EPC

A) Criterios de utilidad

B) Criterios de calidad

C) Criterios económicos

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

1.3. Ejes de actividad, momentos y tareas en el proceso de EPC: un modelo integrador

1.3.1. Análisis descriptivo

1.3.2. Diagnóstico

1.3.3. Análisis funcional y formulación

1.3.4. Diseño del tratamiento

1.3.5. Evaluación del cambio

1.3.6. Informes

1.4. Cuadro resumen

1.5. Preguntas de auto-evaluación

1. Introducción al Proceso de Evaluación Psicológica Clínica (EPC)

En todos los tiempos y en todas las culturas los seres humanos ponen en marcha acciones encaminadas a identificar, clasificar y predecir los comportamientos de los demás. De igual manera, todas las construcciones culturales incluyen sus propias definiciones de trastorno mental o comportamiento desviado o patológico. Finalmente, algunas culturas han conseguido desarrollar teorías de la medida aplicables, de una u otra forma, al comportamiento humano. Desgraciadamente, en la mayoría de los casos la capacidad predictiva y explicativa del comportamiento ha resultado muy pobre, por no decir nula. ¿Qué hace que la situación actual en el entorno occidental hayan aumentado, quizá por primera vez, las posibilidades predictivas y explicativas de forma espectacular?, ¿qué técnicas se emplean para recoger la información necesaria?, ¿cómo se aplican los conocimientos de las distintas disciplinas implicadas para hacer un diagnóstico?, ¿cómo se interpreta la información disponible en cada caso?, ¿cómo se planifica un tratamiento?. Las respuestas a este tipo de preguntas no son ni mucho menos sencillas y, desde luego, no pueden simplificarse en una sola frase, por muy brillante que ésta pudiera ser. En el presente volumen se trata de ofrecer una panorámica sencilla pero rigurosa que ayude al estudiante y al profesional de la salud mental a entender mejor las razones que sustentan el proceso de Evaluación Psicológica Clínica (EPC) y avanzar en su aplicación cotidiana en la clínica psicológica y de salud mental. Para ello, se realiza en primer lugar un breve acercamiento histórico y conceptual al proceso de Evaluación Psicológica Clínica, para posteriormente repasar las principales tareas propias de la EPC: exploración inicial, evaluación para el diagnóstico, evaluación para el tratamiento -incluyendo la planificación del mismo- y evaluación del cambio producido, durante y tras el tratamiento.

1.1. Breve introducción histórico-conceptual a la Evaluación Psicológica Clínica

Nunca es sencillo, y casi siempre es incorrecto, recoger en una visión lineal el desarrollo de un ámbito o disciplina del conocimiento que con frecuencia avanza a saltos, sigue diferentes derroteros en distintos ámbitos culturales y generalmente se desarrolla avanzando caóticamente más que en línea recta. Mucho más compleja es la tarea de resumir ese caos aparente en unas pocas líneas introductorias de un texto como este. Aun así, debe reconocerse la enorme labor realizada en este sentido por otros autores dentro y fuera de nuestro país a los que el lector puede dirigirse para un estudio de mayor alcance sobre este tema (Fernández Ballesteros, 1996; Silva, 1989; Rush, Pincus, First, et al., 2000; Anastasi y Urbina, 1997). Teniendo esto en cuenta, ha resultado sencillo esquivar la tentación de presentar un esquema de fechas y hechos históricos que pareciera sobre-simplificar la situación. Tampoco resulta fácil, ni útil, resumir el devenir histórico de los últimos milenios y en especial de los últimos siglos en unas pocas páginas. Ni siquiera se puede pretender realizar una visión exhaustiva de la disciplina que, al exponer todos los hechos diera cuenta de su

desarrollo y estado actual. Debemos conformarnos con señalar algunos sucesos, desarrollos tecnológicos y avances científicos que, desde mi modo de ver, nos sitúan en un punto óptimo para emprender la serie de complejas tareas necesarias para cumplir los objetivos del proceso de EPC.

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

- El desarrollo de la Psicopatología, el Psicodiagnóstico y, en especial, de las clasificaciones diagnósticas.
- El desarrollo de las principales escuelas psicológicas: psicoanálisis, humanista, cognitivo-conductual.
- El desarrollo de la teoría psicométrica y de la medida en Psicología.
- El desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso.

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

1.1.1. Desarrollo de la Psicopatología y el Psicodiagnóstico

Aunque no siempre se ha considerado de esta forma, el estudio de la Psicología Anormal o Psicopatología es, sin duda, uno de los pilares básicos de la EPC. De hecho, gran parte de las actividades de la EPC se centran en la observación de los problemas y trastornos de los clientes y, ocasionalmente, en su diagnóstico. Sin entrar en polémicas que podrían llevarnos a discusiones eternas sobre el tema, debemos reconocer que las oscilaciones de la Psiquiatría y de la Psicopatología entre los polos etiológico y descriptivo en sus clasificaciones han influido de forma determinante en los cambios producidos en los modelos de evaluación psicológica clínica. Los inicios de la psiquiatría descriptiva de Emil Kraepelin a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, la visión psicosocial de Adolf Meyer y Karl Menninger y, por supuesto, la influencia freudiana, al resaltar el papel del inconsciente y señalar la escasa utilidad del diagnóstico, han marcado el desarrollo de la EPC. A partir de los años ochenta del pasado siglo XX los esfuerzos del enfoque neo-kraepeliano, liderado por Robert Spitzer y representado por el denominado grupo de Sant Louis (Washington University) y el RDC (Research Diagnostic Criteria) del New York State Psychiatric Institute, han cristalizado en las

sucesivas versiones del DSM. Especialmente las dos últimas: DSM-IV y DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 1994; 2000) y la aparición de los manuales de la Organización Mundial de la Salud, CIE-9 y, de forma más precisa la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), han marcado el devenir de la clasificación de los trastornos mentales y han influido de forma muy notoria en la EPC. La inclusión de los principios prototípicos en la clasificación y la paulatina consideración de aspectos dimensionales ha ido creando la situación idónea para la aparición de un cierto consenso, al menos inicial, respecto a la conveniencia de utilizar un lenguaje común y un sistema clasificatorio compartido por todas las disciplinas implicadas en la Salud Mental. Los intentos de la American Psychiatric Association por sistematizar la evaluación, sin embargo, no han alcanzado el mismo éxito. Así, la *Guía clínica para la evaluación psiquiátrica del adulto* elaborada por Fogel y Shellow en 1999 y patrocinada por esta organización que podría haber significado una pauta a seguir, no supone más que un listado de actividades a realizar y no se puede considerar como una verdadera guía de actuación consensuada (en España ha sido publicada por Ars Medica en 2001).

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

1.1.2. Desarrollos de la principales escuelas psicológicas

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

Psicoanálisis

Puede decirse sin temor a cometer errores o injusticias que el Psicoanálisis ha contribuido a la EPC con tres aportaciones fundamentales. La primera de ellas tiene que ver con los desarrollos teóricos del propio Freud y demás autores dinámicos. Deben destacarse los conceptos del determinismo psíquico y de inconsciente dinámico, la idiogénesis de los problemas psicológicos y la búsqueda de significado de los síntomas en la biografía de la persona, los mecanismos de defensa y la necesidad de hacer modelos estructurales de la mente, en su caso el tripartito (Yo – Ello – Super Yo). Todas ellas son aportaciones clave en el desarrollo de la clínica psicológica y, por tanto, de la EPC.

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

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

Terapia Humanista

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

Enfoque cognitivo-conductual

A pesar del desinterés inicial de los enfoques conductuales por el diagnóstico, la evaluación siempre estuvo presente en las intervenciones conductuales centrada en los análisis de las contingencias actuales que pudieran mantener el problema. El término análisis funcional de la conducta fue utilizado por Burrus F. Skinner (1953) para referirse a los análisis de contingencias que podían explicar el comportamiento de los animales y del ser humano. Las primeras matizaciones del enfoque conductual en su camino hacia el cognitivo-conductual, incluyen los primeros modelos de Evaluación Conductual (Kanfer y Saslow, 1969) y, con ellos,

algunos de los cimientos de la EPC actual. El énfasis ambiental y contextual inicial ha ido acompañándose progresivamente de los factores psicológicos, biológicos y, más recientemente, biográficos. La inclusión de las variables cognitivas como mediadoras y esencia de toda la experiencia humana ha supuesto la transformación del enfoque conductual en cognitivo-conductual (en distintas medidas desde lo más ambiental, hasta lo más cognitivo).

Resumiendo mucho, las principales aportaciones de este grupo de autores pueden centrarse en poner el énfasis en la descripción de los comportamientos y síntomas que ya no son signo de nada oculto, sino que se configuran como el problema en sí mismo. El análisis descriptivo y gran parte de las clasificaciones psicopatológicas utilizan directamente este enfoque en sus planteamientos básicos. En segundo lugar, hay que destacar como la importancia otorgada a las variables ambientales resitúa el foco del análisis en la interacción ambiente-persona y ayuda a incluir a terceras personas y circunstancias ambientales en la evaluación y tratamiento. El peso de la Psicología Social se hace más importante al incluir en la evaluación los aspectos psicosociales y de grupo como determinantes del comportamiento. No debe menospreciarse el papel desestigmatizador que esta perspectiva conlleva. En tercer lugar, la evaluación conductual ha sentado las bases de la evaluación vista como un proceso que incluye distintas fases y tareas. Este punto se aborda más adelante en cierto detalle. En cuarto lugar, los enfoques cognitivo-conductuales han puesto un acento muy importante en la necesidad del contraste empírico de los tratamientos y, aunque la evaluación no ha seguido un camino paralelo, la refrescante influencia empírica se ha dejado notar en la EPC. De hecho, el enfoque cognitivo-conductual se ha configurado como el eje organizador de toda la confluencia metodológica de la EPC al resultar este enfoque más flexible y más abierto a la incorporación de experiencias y conocimientos provenientes de otros acercamientos, como por otra parte era de esperar de la aplicación del método científico. Un excelente ejemplo del papel integrador del enfoque cognitivo-conductual puede ser el ofrecido por los trabajos de Rocío Fernández Ballesteros (1980; 1996) que ha sabido conjugar las principales aportaciones de cada enfoque en un modelo cognitivo-conductual de Psicodiagnóstico, referencia obligada en el panorama actual de la EPC.

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

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

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

1.1.4. Desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso

Aunque pueda parecer difícil de creer, lo cierto es que la Psicología y la Evaluación Psicológica en particular ha puesto muy poca atención en el estudio de los procesos implicados en la formulación clínica de los casos. Sólo recientemente se ha avanzado en la dirección de ofrecer esquemas teóricos útiles para la formulación clínica. Sin embargo, la investigación empírica, con contadas excepciones, afortunadamente algunas de ellas en nuestro país de la mano del grupo de la Universidad de Málaga alrededor de Gavino y Godoy, aún esta por llegar.

El primer trabajo empírico que intentó demostrar la utilidad de las formulaciones clínicas de forma empírica fue publicado por Philip F. Seitz, un psicoanalista de Chicago, que llevó a cabo un estudio de la convergencia de las formulaciones clínicas realizadas sobre los mismos materiales por un grupo de seis psicoanalistas a lo largo de tres años. Aunque las conclusiones fueron bastante desfavorables para la convergencia de las formulaciones, el esfuerzo empírico quedó reflejado en algunas recomendaciones para la mejor interpretación de la información. Desde entonces, más de quince modelos distintos han sido propuestos como ayuda en el proceso de formulación, la mayoría de ellos recogidos en el excelente trabajo de recopilación de Tracy D. Eells, anteriormente mencionado (Eells, 1997). Desde nuestro punto de vista, deben destacarse los esfuerzos del grupo del Hospital Maudsley de Londres alrededor de Víctor Meyer, divulgados por Ira D. Turkat (1985) y que ponen el énfasis en la necesidad de generar y contrastar la hipótesis de forma previa al tratamiento, la visión cognitiva de Persons (1989) a partir de los enfoques de Beck y la labor emprendida por Stephen Haynes desde su posición de director de Psychological Assessment de la American Psychological Association, para conseguir optimizar los procesos de formulación de casos con una metodología empírica y contrastable.

En definitiva, la EPC en su intento por clasificar, predecir y explicar los problemas psicológicos va a integrar un alto número de estrategias y conceptos desarrollados por las distintas disciplinas psicológicas durante los últimos años conformando un proceso que prima la metodología científica y los modelos bio-psico-sociales de la salud.

1.2. Fundamentos básicos del proceso de evaluación psicológica clínica (EPC)

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

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

1.2.1. Punto de partida metodológico

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

Como se ha mencionado anteriormente, las aportaciones de este grupo de autores deben entenderse en el marco del trabajo dirigido por Víctor Meyer en el University College of London desde mediados de los años 50 hasta la actualidad. En este esquema, se presenta el proceso de EPC en cuatro fases que hacen referencia directa y explícita al método científico básico. En primer lugar, es necesaria una recogida de información preliminar que permita conocer (describir) el problema del paciente. En segundo lugar, se incluye una fase de desarrollo de hipótesis explicativas del problema. En tercer lugar, se someten a contraste las hipótesis planteadas en la fase anterior. Es especialmente importante señalar que este proceso de recogida de información, generación y contraste de hipótesis no se agota en un solo ciclo. Por el contrario, los autores conciben el acercamiento como un bucle continuo que se inicia en

los primeros momentos de la primera entrevista con el paciente y que se prolonga hasta disponer de una hipótesis general explicativa, a la que van a denominar formulación clínica del caso.

Desde este punto de vista, se coloca a la entrevista como la técnica básica para identificar los problemas, obtener la información necesaria y contrastar las primeras hipótesis. Posteriormente, para el contraste de las hipótesis globales (de formulación) pueden utilizarse otras estrategias o técnicas de evaluación psicológica (cuestionarios, tests psicométricos, etc.) que faciliten la recogida de información o planificar mini-experimentos con el mismo fin.

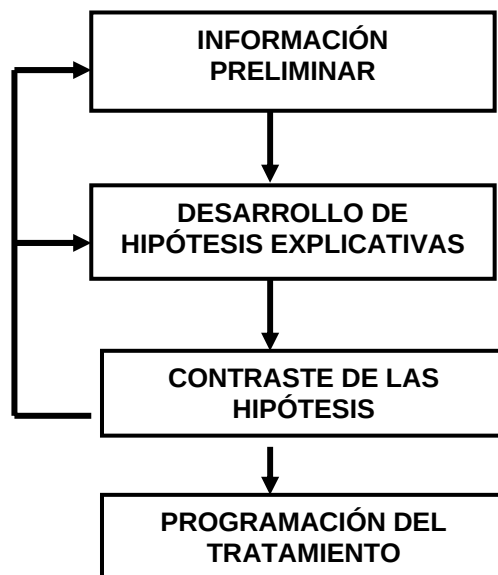


Figura 1.1. Proceso de Evaluación Psicológica A priori o Pre-tratamiento (Carey, Flasher, Maisto y Turkat, 1984)

Solamente después de conseguir dicha formulación mediante el continuo juego de generar y contrastar hipótesis durante la entrevista, inicialmente parciales y progresivamente más generales, se va a programar el tratamiento. Esta propuesta, que choca frontalmente con la mayoría de las interpretaciones conductuales del proceso de EPC que proponían que el

tratamiento fuera el contraste de la hipótesis de formulación, añade algunas ventajas evidentes al quehacer clínico más cotidiano como se verá en su momento. Pero además supone una aportación metodológica de máxima importancia: incluir el contraste de hipótesis en el proceso de EPC.

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

Sin embargo a pesar de la enorme importancia que ha podido tener la visión apriorística del proceso de EPC comentada hasta ahora, no puede dejar de observarse que dicho modelo presenta en su exposición algunos déficits y dificultades que entorpecen su aplicación a la práctica cotidiana actual. Sin ánimo de ser exhaustivo se presentan a continuación algunos de los aspectos más relevantes a considerar.

- El nivel de detalle de la fase de recogida de información preliminar, generalmente a través de entrevista, resulta claramente insuficiente dado el estado actual del desarrollo de técnicas y aplicaciones en la Evaluación Psicológica. Sería más adecuado detallar más explícitamente las tareas y momentos de esa recogida inicial de información que, si bien puede seguir estando dirigida por un proceso continuo de generación y contraste de hipótesis, también debe disponer de objetivos parciales que permitan especificar mejor las formas de conseguir la información relevante al caso. De hecho, de forma paralela podría indicarse el tipo de información que el psicólogo debe buscar. En esta misma dirección se sitúa la consideración de la importancia de los criterios de calidad de las pruebas utilizadas para recoger información y muy especialmente la necesidad de contar con distintas fuentes de información y distintas metodologías de recogida para validar la información en consonancia con las matrices multi-rasgo/multi-método.
- El modelo, para alcanzar un nivel práctico, debería incluir claves para la generación de hipótesis y su posterior contraste. Pero aún más importante, en esta misma línea, resulta la dificultad de este modelo para articular la relación entre el concepto de problema y el de caso. En los casos donde el paciente sufra un solo problema el modelo funciona perfectamente pero, ¿qué pasa cuando, desgraciadamente la inmensa mayoría de las ocasiones, el paciente tiene más de un problema? ¿Cómo se articula el paso del problema a la formulación? La resolución de esta dificultad puede venir asociada a los distintos modelos de formulación clínica que se han propuesto posteriormente. En especial parece

que la propuesta de Stephen Haynes (1992) acerca de los modelos causales en Psicopatología puede convertirse en una alternativa útil para superar esta dificultad.

- El modelo, fiel a su orientación conductual, no incluye referencias directas a su relación con el diagnóstico. Sin embargo el avance que ha supuesto la publicación de los Manuales Estadísticos y Diagnósticos de la A.P.A. (especialmente su última versión, DSM-IV-TR) y su progresiva confluencia con los de la Organización Mundial de la Salud en su versión más reciente (CIE-10) y la enorme repercusión científica y profesional que éstos han tenido obliga a incluir necesariamente una referencia a los mismos en cualquier modelo de EPC que pretenda tener un carácter global.
- Un modelo de EPC no puede agotarse en el diseño e inicio del tratamiento, es imprescindible que la evaluación se prolongue a lo largo del tratamiento, identificando el cambio, o su falta, y los posibles problemas que puedan aparecer durante el transcurso de la intervención. Igualmente resulta del máximo interés que la evaluación prevea la posibilidad de realizar una evaluación de la efectividad de los tratamientos una vez finalizados los mismos y con períodos de seguimiento que permitan emitir juicios clínicos sobre el impacto de la intervención completa en la vida del paciente.

En los últimos años, el propio grupo del UCL representado por los trabajos de Turkat (1985) y Bruch (1998) ha venido completando su primera propuesta pretendiendo y, en ocasiones, consiguiendo superar los problemas planteados por aquella formulación inicial. Han intentado especificar algunos aspectos, pero no han conseguido proponer un modelo más abierto y han venido cayendo en propuestas intuitivamente muy interesantes pero poco claras desde el punto de vista de los procedimientos a seguir, que siempre terminan situando la pieza clave en la habilidad y conocimientos “especiales” del evaluador. Parece razonable, a estas alturas del desarrollo de la EPC, que cualquier modelo actual deba intentar ser lo más claro posible en lo referente a estrategias y métodos, de forma que pueda ser aplicado por cualquier persona con la formación adecuada, pero sin otros requisitos de especiales conocimientos, intuición, etc.

1.2.2. Tipo de información necesaria

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

- **Descriptiva:** es decir el tipo de información que interesa en la evaluación conductual debe describir contextos, situaciones, estímulos, comportamientos (motoras, fisiológicas y cognitivas), variables de la persona, del desarrollo y los cambios que pueden ocurrir en todas ellas. Cuando se dice describir, se quiere decir que la información debe tener el menor nivel de interpretación posible. Evidentemente, en algunos casos el nivel mínimo de interpretación ya implica alguna inferencia respecto a los acontecimientos que realmente están ocurriendo, un ejemplo pueden ser los acontecimientos cognitivos. Como en tantas ocasiones el hecho de disponer de una información libre de inferencias se convierte en un fin, más que en un medio. Como consecuencia de ello, en muchas ocasiones debe trabajarse con medidas indirectas y de mayor nivel de inferencia. Siguiendo a Fernández Ballesteros (1996), pueden diferenciarse cuatro niveles de inferencia que abarcan desde el meramente descriptivo (fulanito está llorando), hasta el de mayor inferencia teórica (fulanito está deprimido por los efectos de su tríada cognitiva desajustada).

- **Relevante:** Esto quiere decir que solamente debe recogerse aquella información que aporta o puede aportar datos útiles al planteamiento del problema. Evidentemente es difícil señalar qué datos interesan en la descripción de un problema antes de conocerlo, sin embargo es de suponer que los conocimientos técnicos (psicopatología, modelos explicativos, etiología, etc.) y la experiencia en problemas similares puede guiar la búsqueda. De nuevo se está ante un fin, más que ante un medio, pero no podría ser de otro modo. Aquellas evaluaciones que recogían todo tipo de información de los sujetos sin justificación alguna deben terminar en aras de un mayor respeto a la intimidad de las personas. Baste un ejemplo, si una persona llega a la consulta y plantea un problema de miedo a montar en ascensor, ¿hasta que punto está justificado un interrogatorio sobre su vida sexual o sus creencias religiosas que, por otra parte, están protegidas por nuestra Constitución?

1.2.3. Las pruebas de evaluación psicológica en el proceso de EPC

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

técnicas proyectivas y, en definitiva, cualquier estrategia que ayude a recoger la información necesaria en cada momento.

A lo largo del proceso de EPC son susceptibles de ser empleadas distintas técnicas y estrategias para conseguir los distintos objetivos de cada momento: búsqueda de información descriptiva, búsqueda de información funcional, contraste de hipótesis, evaluación del cambio, etc. Sin embargo, la estrategia básica que sirve para dirigir y organizar todo el proceso sigue siendo, en la inmensa mayoría de las ocasiones, la entrevista. Durante los últimos 20 años, especialmente desde la aparición del DSM-III-R, el desarrollo de formatos y pautas de entrevista clínica se ha visto incrementado enormemente, disponiéndose en la actualidad de un verdadero arsenal de pautas de entrevistas generales y específicas para los distintos trastornos. Entre ellas, se incluyen pautas semi-estructuradas, de contraste de hipótesis, de diagnóstico, auto-aplicadas, etc. que permiten abordar casi cualquier problema psicopatológico con suficientes garantías de calidad. Integrando la visión de distintos autores al respecto, en la tabla 1.1. se resumen algunas de las principales técnicas de evaluación psicológica susceptibles de ser utilizadas en los procesos de EPC (para una visión más completa de los instrumentos disponibles para la evaluación en Psicología Clínica consultar: Muñoz, M.; Roa, A; Pérez Santos, E. et al. (2002) *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide).

Tabla 1.1 Principales técnicas de evaluación psicológica utilizadas en la EPC

Técnica	Tipos y ejemplos
Entrevista	Estructuradas, semi-estructuradas o sin estructura. Pueden aplicarse al paciente, familia, amigos, profesionales, etc. Ejemplos: entrevista inicial, entrevista de devolución de información, CIDI, entrevistas de seguimiento.
Auto-informes estandarizados	Cuestionarios relacionados con distintos trastornos o variables sociales, biológicas o psicológicas. Ejemplos: cuestionarios psicométricos tradicionales, cuestionarios de screening psicopatológico, inventarios, etc.
Auto-informes personalizados	Medidas diseñadas para cada usuario y cada aplicación. Ejemplos: autoregistros ABC, diarios, termómetros de miedo, técnicas subjetivas, escalas de metas, etc.
Observación directa	Observación en situaciones cotidianas, en la consulta o en situaciones estandarizadas. Observación del paciente o del ambiente. Ejemplos: registros de observación de parejas, observación mediante role-play, B.A.T., etc.
Observación de productos permanentes	Observación de productos de la conducta en el ambiente. Ejemplos: acumulación de basura en casa, archivos, resúmenes de estudio, etc.
Medidas psicofisiológicas	Medidas de actividad fisiológica de la persona puestas en relación con aspectos situacionales o psicológicos. Ejemplos: tasa cardiaca en situaciones estresantes y de relajación, excitación sexual ante estímulos diversos, etc.
Pruebas cognitivas	Pruebas diseñadas específicamente para evaluar la actividad cognitiva de la persona. Ejemplos: pruebas de memoria, paradigmas experimentales para evaluar la atención, etc.
Técnicas proyectivas	Técnicas proyectivas clásicas. Ejemplos: Rorschach, pruebas de dibujo, etc.

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

A) Criterios de utilidad

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

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

B) Criterios de calidad

En este punto debe remarcarse el acercamiento de la EPC a los criterios psicométricos de calidad que ha ocurrido en las últimas décadas. Desde esta perspectiva se ha ido poniendo de manifiesto la necesidad de considerar los datos de Fiabilidad y Validez en los distintos momentos de la EPC. Es decir, en los momentos más descriptivos de la EPC resulta muy adecuado mantener los índices de **fiabilidad**, sobre todo conceptualizándola como concordancia entre evaluadores (entrevista, observación,...) y/o como consistencia interna de las medidas (pertenencia de todos los ítems de medida utilizados a la misma o a distinta

población). En cuanto a la **validez**, siempre más funcional, resulta obvio que la utilización de esquemas comunes o muy similares de organización de información hará aumentar la *validez de contenido* de modo significativo. A caballo entre la fase descriptiva y funcional, parece del máximo interés utilizar los indicadores de *validez de criterio convergente*, para la obtención de matrices multiacontecimiento - multimétodo en la línea de Campbell y Fiske (1953). Este hecho se ha llegado a convertir en un principio de la EPC: nunca evaluar un acontecimiento con un solo método de evaluación, utilizar siempre varios procedimientos distintos para obtener distintas visiones del mismo acontecimiento. Gregory J. Meyer ha dirigido un importante grupo de psicólogos en el que se ha convertido en el trabajo de revisión de la evidencia acumulada acerca de la utilidad de los tests psicológicos más importante realizado hasta el momento (Meyer, Finn, Eyde, et al., 2001). En dicho estudio se analizan 125 meta-análisis y 800 muestras que examinan la utilidad de las pruebas psicológicas, especialmente las empleadas en estudios multimétodo. Las conclusiones son contundentes: la validez de las pruebas psicológicas es muy sólida y comparable a la de las pruebas médicas de todo tipo, los distintos métodos de evaluación facilitan informaciones distintas y únicas, haciendo imprescindible la utilización de varias medidas complementarias en cada evaluación. Los evaluadores que solamente emplean la entrevista pierden informaciones muy valiosas que entorpecen la comprensión de los problemas de sus clientes de forma muy importante (Meyer et al., 2001).

Para ofrecer una mayor claridad sobre los distintos criterios implicados, en la tabla 1.2 se resumen los principales criterios de calidad y sus mecanismos básicos de cálculo e interpretación.

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

Tabla 1.2: Criterios de calidad más importantes en evaluación clínica.

Una de mis profesoras más recordadas y queridas ha sido siempre la profesora María Eugenia Romano, Catedrática de Psicodiagnóstico de la UCM, que tuvo a bien acogermme en sus clases en momentos difíciles de mis estudios. Ante mis impertinentes reproches acerca de la dudosa utilidad de la información obtenida mediante una prueba de Rorschach en un caso determinado, la profesora Romano con increíble paciencia siempre nos decía: *“lo que importa no son los datos en sí mismos, es su interpretación lo que otorga, o resta, calidad a la evaluación”*. En este sentido, la fase funcional de la EPC, con la génesis y posterior contraste de las hipótesis de mantenimiento, garantiza la *validez de constructo, de la hipótesis, de la interpretación*, posiblemente el criterio de calidad más importante. De este modo, los criterios de calidad no residen exclusivamente en las técnicas en sí mismas, si no en el proceso global; no es el cuestionario lo que debe tener validez predictiva o de otro tipo, sino que su utilización en un proceso de contraste de hipótesis le hace superar esa posible limitación. No importa tanto el que diversos instrumentos tengan o no una alta fiabilidad, la utilización de varios de ellos, junto a otros métodos, para evaluar el mismo acontecimiento, les dota de indicadores de convergencia que determinan la calidad de la evaluación por encima de sus índices de fiabilidad o validez individuales. Para un comentario más amplio ver el excelente trabajo de F. Silva al respecto (Silva, 1989).

C) Criterios económicos

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

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

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

económicos. Deben realizarse evaluaciones que permitan diseñar tratamientos, pero que sean competitivas económicamente. Dado el nivel de desarrollo de la psicología en la actualidad y de la EPC en particular parece obvio que toda EPC correctamente realizada (diversos instrumentos, contraste de hipótesis, etc.) será siempre más cara que una evaluación tradicional sencilla con test psicométricos o las actividades exclusivamente diagnósticas. Sin embargo, un análisis económico demostraría que la EPC ofrece índices costes-beneficios más satisfactorios en todos los niveles. Aunque en este punto, debe mencionarse que los resultados más actuales relativos a la eficacia diferencial de los procesos de intervención que utilizan la evaluación individualizada, frente a los que utilizan exclusivamente el diagnóstico para seleccionar el tratamiento, parecen indicar la mejor relación coste-beneficio de éstos últimos. Más adelante se analizan en detalle estos y otros resultados similares.

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

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

Con frecuencia los manuales teóricos de Evaluación Psicológica Clínica encaran el proceso de evaluación como si las tareas a desarrollar durante el mismo estuvieran separadas del resto de la intervención clínica. Nada más alejado de la realidad. El proceso de EPC no puede entenderse aislado del resto del trabajo clínico que el evaluador lleva a cabo. En este sentido, el punto relativo al establecimiento de la relación terapéutica tiene un papel central en el acercamiento a la EPC. Las ventajas de mantener una adecuada relación terapeuta - cliente durante todo el proceso de EPC aparecen suficientemente claras en la investigación actual. A lo largo de los años distintos enfoques evaluadores han ido poniendo de manifiesto las virtudes que determinadas habilidades puestas en marcha por el terapeuta pueden tener sobre el proceso clínico completo y la evaluación en particular. En esta línea, interesa reflejar la necesidad de acercar las habilidades del terapeuta al paciente. Se trata de llevar a efecto un enfoque de formulación global, en el que el evaluador va ajustando su comportamiento al del paciente para obtener las máximas ventajas clínicas. La relación terapéutica debe entenderse en el conjunto del proceso de EPC tendente hacia la formulación del caso.

El evaluador tendrá que mostrarse abierto y natural y evitar el lenguaje excesivamente técnico. Debe animar al paciente a intervenir siempre que quiera, especialmente si se siente mal entendido o confundido. El ambiente debe ser relajado y posibilitar la participación del paciente en cada paso de la EPC, muy especialmente en la formulación, que debe presentarse

al cliente de forma clara, precisa y comprensible para lograr su entendimiento y aceptación. Resulta imprescindible que el paciente se sienta completamente comprendido y apoyado en la superación de sus problemas. Sin embargo, la vía para establecer esa comprensión y motivación hacia el cambio puede que sea distinta para cada persona en función de sus problemas, comportamientos y necesidades. Frente a una visión rogeriana de la aceptación completa y no específica del paciente, resulta más útil emplear una visión mucho más personalizada de este tema.

Parece existir una evidencia acumulada suficiente para afirmar que una relación terapeuta - cliente adecuada puede mejorar significativamente la eficacia de nuestras intervenciones. De hecho, se ha llegado a plantear la consideración de las relaciones no sólo como un vehículo de las técnicas, sino como un agente de eficacia en sí mismo a través de procesos de modelado y reforzamiento social, ajuste de expectativas, etc. Han comenzado a aparecer incluso estudios que remarcan la efectividad de unas habilidades frente a otras en función de los principales problemas clínicos. Por ejemplo, con pacientes con trastornos límite de personalidad, parece más útil emplear habilidades de aceptación, establecimiento de límites y validación, mientras que con pacientes con trastornos de ansiedad, parece más indicado focalizar, desafiar y en general activar al paciente en la lucha por la superación del problema. Con mujeres que sufran anorexia, sin embargo, parece adecuado mostrarse algo más flexible. Con pacientes sufriendo trastornos depresivos, un enfoque con más iniciativa, apoyo y dirección puede mostrarse más eficaz. Pero debe recordarse que, de cualquier modo, el acercamiento más correcto es aquel en el que las habilidades puestas en marcha por el evaluador están en función directa de las hipótesis que se manejan en cada momento para explicar los problemas y finalmente para formular el caso.

El tipo de información que se utiliza en la EPC puede ayudar a explicar también algunos de los comportamientos que el paciente muestre, o deba mostrar, durante la evaluación (cooperación, agresividad, llantos continuados, etc.). De este modo, una completa formulación del caso debe explicar el comportamiento del paciente durante las sesiones, respecto a las tareas entre sesiones y, además, aportar suficientes pistas respecto al estilo terapéutico a emplear con cada paciente.

Por estilo del terapeuta se entiende el conjunto de comportamientos interpersonales mostrados por el terapeuta cuando está en contacto con el paciente. Estos comportamientos están determinados por la formulación del caso. Esta definición pone de manifiesto el hecho de que no existe un estilo idóneo para fomentar el cambio en el paciente. Parece que puede encontrarse un consenso respecto a una serie básica de habilidades que el terapeuta puede utilizar en todas sus intervenciones (respeto, aceptación, etc.) y otro grupo de estrategias que el terapeuta puede ir variando sistemáticamente en función del problema y de la formulación clínica que afectan a cada paciente.

En la tabla 1.3 se recogen algunas de las principales habilidades interpersonales que se encuadran en cada una de las dos categorías propuestas y se han añadido otro grupo de aspectos especialmente relevantes por el peligro que suponen para el correcto cauce del

proceso clínico. Las englobadas en la columna 1 se refieren a comportamientos que todos los evaluadores deberían poner en marcha con todos los pacientes, las de la columna 2 reflejan un elenco de posibilidades entre las que el evaluador puede ir seleccionando y otorgando un valor menor o mayor en función de cada caso clínico particular. De esta forma el funcionamiento interpersonal durante la EPC responde a unos criterios centrales, comunes en la inmensa mayoría de las ocasiones, y a una adecuación personalizada a cada paciente que facilite en la mayor medida posible la reunión de información y el posterior cambio terapéutico. La columna 3 resume algunos de los comportamientos interpersonales que afectan más negativamente a la relación terapeuta - cliente, interfiriendo gravemente el proceso de cambio o, incluso creando situaciones legalmente, y desde luego éticamente, peligrosas.

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

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

1.3. Ejes de actividad, momentos y tareas en el proceso de EPC: un modelo integrador

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

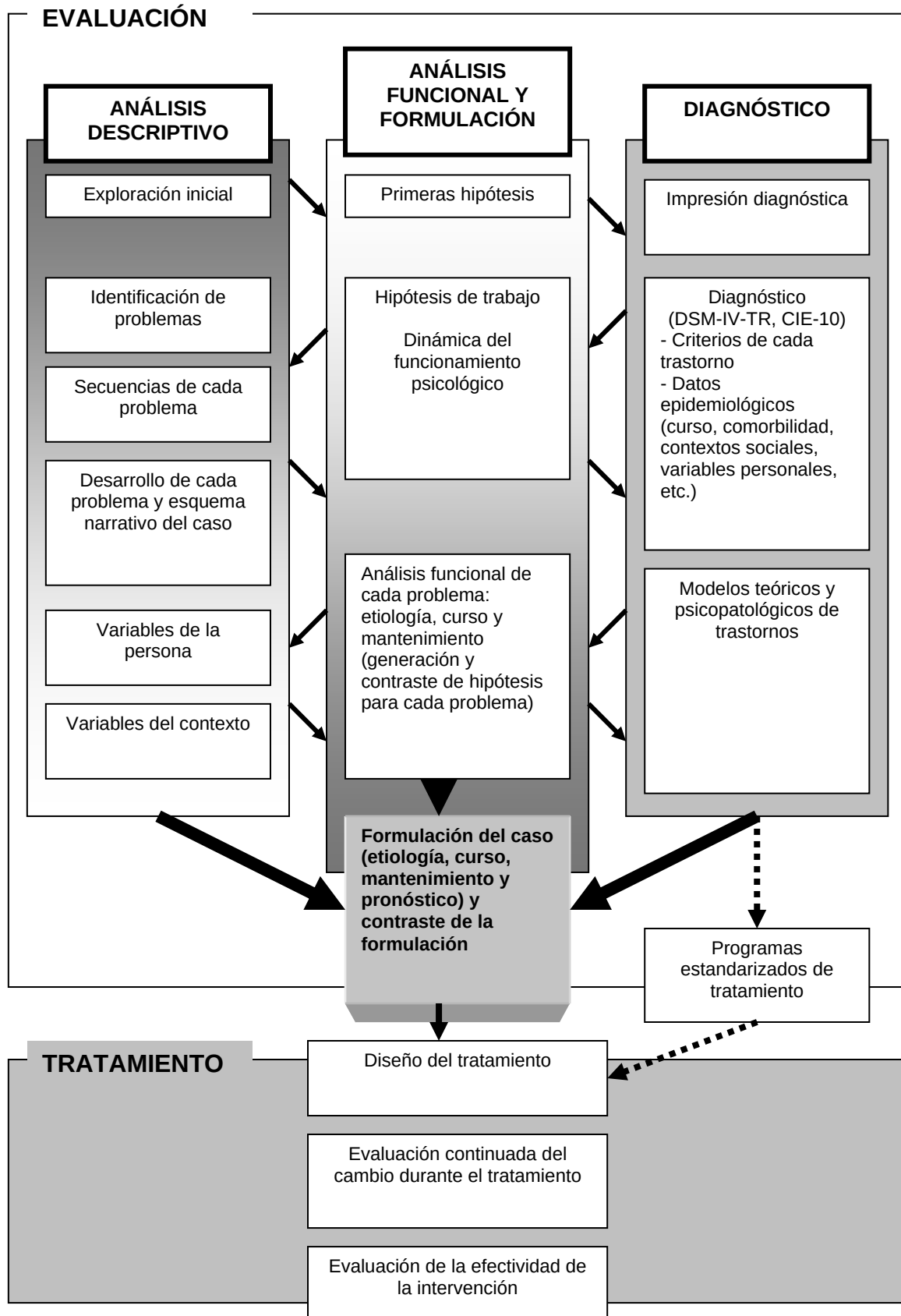
convergencia entre distintas posturas teóricas, convergencia que solamente puede entenderse desde un acercamiento metodológico.

El modelo de EPC que se propone (figura 1.2), es el resultado de una elaboración teórica y metodológica sobre el esquema básico de Victor Meyer y su grupo, que incorpora las propuestas de Stephen N. Haynes, Jacqueline B. Persons y Arthur M. Nezu sobre la formulación clínica y considera las aportaciones metodológicas de la evaluación psicométrica en la línea desarrollada en nuestro país por Fernando Silva. Considera todas las dificultades y limitaciones mencionadas anteriormente e intenta ofrecer una visión práctica clara y posibilista de las distintas tareas, técnicas, estrategias y procedimientos que el psicólogo puede llevar a cabo para conseguir una EPC de calidad. Desde un punto de vista práctico, este modelo ha venido siendo utilizado por el autor durante más de una década en el trabajo clínico asistencial llevado a cabo en la Universidad Complutense de Madrid. En el capítulo actual se resumen los aspectos principales del mismo para, a lo largo de todo el volumen ir desarrollando de forma más pausada cada uno de los ejes, pasos y momentos principales.

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

Al describir las principales fases y tareas del proceso de EPC, es necesario indicar que, aunque el primer contacto del lector con el esquema propuesto pueda hacerle creer que el proceso de EPC es algo largo, complicado y difícil de poner en práctica en la consulta clínica cotidiana, nuestra experiencia indica que en más del 90% de los casos el proceso completo puede llevarse a cabo en un máximo de 4 sesiones, incluyendo entrevistas con el paciente e informantes y el uso de cuestionarios, autoregistros y demás técnicas que parezcan convenientes para conseguir formular y contrastar un juego de hipótesis que puedan guiar el tratamiento. La quinta sesión, generalmente, será la de devolución de información a la persona y la de puesta en marcha del tratamiento. Esta guía general no es óbice para que en algunas ocasiones la evaluación pueda realizarse en un par de sesiones y en otros la evaluación se prolongue más allá del inicio del tratamiento.

Figura 1.2. Ejes, momentos y tareas del proceso de Evaluación Psicológica Clínica.



1.3.1. Análisis descriptivo

Como puede observarse en el esquema propuesto en la figura 1.2, el primer momento de todo proceso de evaluación clínica no puede ser muy distinto de la primera ocasión en que conocemos a una persona. Todos los prejuicios, sesgos, efectos halo, etc. presentes en las relaciones humanas desde su comienzo, lo están igualmente en el proceso clínico. De este modo, los primeros momentos de la primera sesión se convierten en un aspecto clave del desarrollo de la EPC, frecuentemente olvidado por los teóricos del área pero no por ello menos importante. Es por tanto, el momento de las primeras observaciones, las primeras descripciones y de la generación de las primeras hipótesis y de las primeras decisiones, que pueden marcar toda la evaluación posterior. Debe señalarse desde el principio que el juego de generación y contraste de hipótesis que se inicia en este momento no va a terminar hasta que termine el propio proceso evaluador.

Es el momento de llevar a cabo la primera exploración del paciente o exploración inicial. Este tipo de estrategias ha venido desarrollándose primordialmente en el campo psiquiátrico pero, parece evidente que la EPC no puede permanecer ajenas a ellas, tanto por su valor diagnóstico como por su utilidad en la toma de decisiones clínicas.

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

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

De esta forma los primeros momentos de la evaluación implican la desintegración de la información global acerca de la persona en unidades cada vez más pequeñas y concretas (problemas – sucesos - conductas). Convirtiendo un enfoque inicialmente molar en progresivamente más y más molecular. Se verá como el proceso se invierte más adelante, con el análisis funcional y la formulación del caso.

1.3.2. Diagnóstico

De acuerdo a lo señalado en la figura 1.2, el diagnóstico se considera un eje de actividad incluido en el proceso de EPC, que mantiene una unidad de acción con los otros dos ejes, pero que puede desarrollarse con una cierta independencia. Según se van identificando y describiendo los principales problemas del paciente, su inicio y su evolución, se empieza a disponer de toda la información necesaria para poder realizar un diagnóstico DSM-IV-TR o CIE-10. Por otra parte, debe señalarse como la relación entre los ejes descriptivo y diagnóstico es bidireccional y se concentra en la elaboración de la lista de problemas y del curso de los mismos en la biografía del paciente. En ambos casos, la información recogida durante la entrevista ayuda a clarificar la labor diagnóstica, a la vez que los criterios diagnósticos y la información epidemiológica y del curso de los problemas ayuda a dirigir la búsqueda de información de forma más precisa y económica.

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

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

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

1.3.3. Análisis funcional y formulación

El tercer eje del sistema, posiblemente el más nuclear, indica la necesidad de formular y contrastar hipótesis durante todo el proceso, yendo de las más básicas e iniciales de la exploración inicial, a las más complejas y definitivas de la formulación clínica del caso. Conforme se avanza en la recogida de información descriptiva y en la elaboración, siquiera tentativa, de un diagnóstico del caso se hace necesario avanzar igualmente en el proceso de búsqueda de hipótesis explicativas (funcionales) de cada problema. Realmente la secuenciación, ya se advirtió y se volverá sobre ello, de las fases y ejes sigue un esquema didáctico, no directamente relacionado con la práctica clínica. En ésta, las actividades descriptivas y funcionales van alternándose continuamente a lo largo del proceso hasta llegar a la formulación final del caso.

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

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

El punto de vista que se desarrolla en el presente volumen sitúa el problema como unidad básica de análisis, cada trastorno (categoría diagnóstica) puede entenderse como una configuración de problemas que tienden a aparecer unidos y el caso puede incluir distintas configuraciones de problemas que pueden ser asumidos, o no, en una o más categorías

diagnósticas. Creando de este modo un abanico muy amplio de posibles combinaciones, como se verá en su momento.

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

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

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

1.3.4. Diseño del tratamiento

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

De acuerdo a lo expuesto hasta el momento debe haber quedado claro que no puede entenderse un tratamiento psicológico si no es derivado de una evaluación previa. En el modelo que se presenta la evaluación incluye el contraste de las hipótesis de formulación

clínica del caso. Será de estas hipótesis de las que deba derivarse el tratamiento. Es decir, la planificación del tratamiento empieza por la selección de variables independientes susceptibles de modificación en el modelo de formulación y continúa con la consideración de los factores temporales y las técnicas y estrategias útiles para la intervención. Finalizando en la redacción de un plan de tratamiento individualizado.

Sin embargo, los trabajos más actuales relacionados con la comparación de estrategias individualizadas de planificación del tratamiento frente a programas estandarizados han puesto de manifiesto la ventaja de los segundos sobre los primeros en la efectividad, al menos en personas con un solo diagnóstico, para los que exista programa estandarizado y manualizado. Esta evidencia ha hecho reconsiderar la conveniencia o no de llevar a cabo formulaciones y diseños individualizados del caso y ha levantado una polémica alrededor del tema. La posibilidad de combinar ambas estrategias, individualizando los programas de tratamiento estandarizados y admitiendo la posibilidad de utilizar programas estandarizados como guía en el diseño individual del tratamiento se analiza en el capítulo 7 del presente volumen.

1.3.5. Evaluación del cambio

Finalmente, la figura 1.2. señala la conveniencia de, al mismo tiempo que se está diseñando el tratamiento, elaborar igualmente un plan para la evaluación del cambio durante y tras la intervención.

En primer lugar, hay que prestar atención a la medida del cambio durante el propio tratamiento. Es necesario disponer de medidas sensibles, rápidas y fáciles de aplicar que sean capaces de decirnos hasta que punto se están consiguiendo, o no, las metas del tratamiento. Igualmente debemos ser capaces de detectar lo más rápidamente posible aquellos problemas que puedan nacer durante la aplicación del tratamiento, debidos a éste o a factores externos que pudieran influir en el curso del mismo. De este modo la evaluación durante el tratamiento está en relación directa con el plan de intervención diseñado y, por ende, con la formulación individual del caso.

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

1.3.6. Informes y devolución de información

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

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

1.4. Cuadro resumen

1. Breve introducción histórico-conceptual a la Evaluación Psicológica Clínica

La Evaluación Psicológica Clínica (EPC) es una disciplina encuadrada en la Psicología Científica y, como tal, se asume el método científico y se utilizan los conocimientos acumulados por la Investigación Psicológica. Se pueden enumerar algunos desarrollos que han resultado fundamentales para la concepción actual del proceso de EPC.

Desarrollo de la Psicopatología y el Psicodiagnóstico

Clasificaciones psicopatológicas neo-kraepelianas (DSM y CIE)

Modelos psicológicos de trastornos

Relativización social del diagnóstico

Desarrollos de la principales escuelas psicológicas

Psicoanálisis: Desarrollos teóricos freudianos acerca de los mecanismos de defensa, los modelos de la mente, el determinismo psíquico y la búsqueda de significado en los síntomas. Ampliar los cauces y contenidos de la evaluación. Utilidad de los estudios de caso.

Terapia Humanista: Paciente como persona, habilidades terapeuta – cliente, consejo psicológico.

Enfoque cognitivo-conductual: Énfasis descriptivo. Papel clave de variables cognitivas. Evaluación como proceso. Enfoque bio-psico-social y papel integrador de la Evaluación Conductual.

Desarrollo de la teoría psicométrica y de la medida en Psicología: Convergencia progresiva de la metodología psicométrica y la evaluación clínica.

Desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso: Papel central del grupo del Maudsley Hospital y el UCL (Meyer, 1957) y Haynes (1986).

2. Fundamentos básicos del proceso de evaluación psicológica clínica (EPC)

Punto de partida metodológico

El proceso de EPC parte de una aplicación del método científico a la Evaluación Psicológica (Silva, 1989). Sirve de ejemplo el trabajo del grupo de University College of London (Maisto et al., 1984). Se establece como aspectos clave la recogida de información para generar y contrastar hipótesis durante la evaluación.

Tipo de información necesaria

La información utilizada debe ser descriptiva (menor nivel de inferencia posible) y relevante al caso en cuestión.

Las pruebas de evaluación psicológica en el proceso de EPC

En el proceso de EPC pueden y deben emplearse todas las técnicas de evaluación que puedan aportar alguna información de calidad: Entrevistas, Auto-informes, Observación, Medidas psicofisiológicas, Pruebas cognitivas, Pruebas proyectivas, etc.

Criterios de utilidad

Lo primero será asegurarse de la utilidad de cada técnica en particular. Pueden seguirse los siguientes criterios:

- Las técnicas debe estar en función directa del problema a evaluar.
- Debe considerarse el sujeto de la evaluación, un individuo, un grupo pequeño o para una comunidad.
- Tener en cuenta el tipo de información que facilitan, y el que interesa en el caso.
- Considerar el informante al que se aplica la prueba, puede ser el propio usuario, el evaluador, algún familiar, otros profesionales, etc.
- Considerar el aspecto que se esté abordando dentro del proceso de evaluación.
- Siempre serán más útiles, a igualdad de los demás criterios, aquellas técnicas en las que el evaluador este mejor entrenado.

Criterios de calidad

La convergencia con la evaluación psicométrica y los criterios metodológicos hacen que se deban considerar los criterios de calidad de las pruebas. Fiabilidad y Validez. Son importantes igualmente los conceptos de Homogeneidad y Normativización.

La Teoría de la Generalizabilidad (Cronbach, 1972) sitúa todos los criterios de fiabilidad y validez en un continuo de generalización. La validez de constructo es el criterio que permite una mayor generalización al hacerlo a partir de la hipótesis.

Criterios económicos

Debe mantenerse un equilibrio entre los costes y los beneficios, *índices costes-beneficios* en términos económicos. Deben realizarse evaluaciones que permitan diseñar tratamientos, pero que sean competitivas económicamente.

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

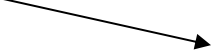
La relación terapéutica debe entenderse en el conjunto del proceso de EPC tendente hacia la formulación del caso. Es necesario acercar las habilidades del terapeuta al paciente. El evaluador debe ir ajustando su comportamiento al del paciente para obtener las máximas ventajas clínicas.

Parece existir una evidencia acumulada suficiente para afirmar que una relación terapeuta - cliente adecuada puede mejorar significativamente la eficacia de las intervenciones psicológicas.

Estilo del terapeuta: se entiende el conjunto de comportamientos interpersonales mostrados por el terapeuta cuando está en contacto con el paciente. Estos comportamientos están determinados por la formulación del caso.

3. Ejes de actividad, momentos y tareas en el proceso de EPC: un modelo integrador

La EPC se considera como un proceso que incluye distintas fases y actividades. Aunque todas ellas se desarrollan de forma conjunta, pueden diferenciarse algunas con acento marcadamente descriptivo, otras funcional y unas terceras centradas en el diagnóstico. Finalmente, todas confluyen en la formulación clínica y la evaluación del cambio durante y tras el tratamiento.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO	ANÁLISIS FUNCIONAL	DIAGNÓSTICO
Exploración Inicial	Primeras hipótesis	Impresión diagnóstica
Lista de problemas	Hipótesis de trabajo	Detección
Análisis de secuencias	Análisis funcional de cada problema	Diagnóstico
Análisis del desarrollo		Modelos psicológicos de los trastornos
Variables personales		
Variables del contexto		
		
	Formulación clínica del caso	
	Evaluación del cambio durante y tras el tratamiento	

1.5. Preguntas de auto-evaluación

1. Las principales influencias conceptuales de la EPC provienen de:

- La psicometría.
- La psicometría y el enfoque cognitivo-conductual.
- El diagnóstico, la psicometría y los enfoques dinámicos, humanistas y cognitivo-conductuales.
- Sólo el diagnóstico y la psicopatología son relevantes al ser clínicos.
- El enfoque cognitivo-conductual.

2. El proceso de EPC es un proceso científico, eso significa que su punto clave es:

- La observación de la realidad contextual del cliente.
- La utilización de instrumentos de medida adecuadamente validados.
- La eliminación de la interpretación a lo largo del proceso de EPC
- La generación y contraste de hipótesis a lo largo del proceso de EPC.
- Es suficiente con generar hipótesis, el propio tratamiento se constituye en el contraste de las mismas.

3. Los criterios de calidad de las pruebas de evaluación psicológica:

- No tienen ninguna importancia en la actualidad.
- Tienen una importancia relativa, siempre que se empleen en el marco de un proceso de EPC que incluya contraste de hipótesis.

- c) Añaden calidad y grados de libertad al contraste de hipótesis.
 - d) Siguen teniendo una importancia capital ya que la calidad del proceso radica en la calidad de las pruebas empleadas en cada caso.
 - e) Solamente es importante la fiabilidad, en cuanto que es el mejor índice de generalizabilidad.
4. El proceso de EPC se organiza en torno a tres ejes de actividad, que son:
- a) Descriptivo, funcional y formulación.
 - b) Formulación, diagnóstico y estudio biológico
 - c) Descriptivo, funcional y diagnóstico.
 - d) Psicológico, psiquiátrico y social.
 - e) Biológico, psicológico y social.

Clave de respuesta:

Capítulo 1: c, d, b, c