

PROCOLO GENERAL DE INTERVENCIÓN

CLÍNICA EN PSICOLOGÍA

Autor: José Santacreu Mas

Fecha de la última revisión: 11-11-2011

PROTOCOLO GENERAL DE INTERVENCIÓN CLÍNICA

INDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. LA INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVO – CONDUCTUAL.**
 - 2.1. El problema, el trastorno o la enfermedad psicológica: el planteamiento de la psicología clínica.
 - 2.2. Los problemas psicológicos desde la perspectiva cognitivo conductual.
 - 2.3. El planteamiento general de la intervención clínica.
 - 2.4. La ética de la intervención clínica.
- 3. LA EVALUACIÓN DEL CASO Y DEL TRATAMIENTO**
 - 3.1. La evaluación inicial del caso.
 - 3.2. La evaluación a lo largo del proceso de intervención. La valoración de resultados.
- 4. EL ANÁLISIS FUNCIONAL, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.**
 - 4.1. El informe al usuario y a otros profesionales de la salud.
 - 4.2. El usuario (paciente o tutor) corresponsable en la fijación de objetivos terapéuticos.
- 5. EL TRATAMIENTO: OBJETIVOS Y PROCEDIMIENTOS**
 - 5.1. La planificación del tratamiento por objetivos.
 - 5.2. La elección de las técnicas en función de las competencias básicas de la persona y de los tipos de aprendizaje que mantienen el problema.
 - 5.3. Las técnicas de intervención como procedimientos ingeniosos ajustados al caso para lograr los objetivos terapéuticos.
 - 5.4. Generalización, transferencia y autocontrol.
- 6. EL PLAN DE SEGUIMIENTO.**
 - 6.1. Cronograma de las sesiones, control de recaídas y refuerzo del afrontamiento de la generalización y transferencia.
- 7. COMENTARIOS FINALES A LA CONSTRUCCIÓN DE PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS Y DE LA SALUD.**
- 8. BIBLIOGRAFIA COMENTADA**

1. INTRODUCCIÓN

Este documento trata de describir, en un formato sencillo, el marco en el que se pretenden generar los protocolos de intervención del Master de Salud de la UAM. Se ha tratado de reproducir el modelo de los primeros protocolos creados acordes con las decisiones tomadas en el grupo de trabajo del master: Sintético, de fácil manejo, útil para los psicólogos clínicos y demostrativo de lo que aprendemos y enseñamos en nuestro master.

Así pues hemos sustituido el título “**Descripción general del problema**” como figura en el caso del protocolo de Enuresis que se correspondería con el primer apartado del protocolo por “**El marco de la intervención cognitivo conductual en Psicología Clínica**” y así, sucesivamente, iremos desgranando los siguientes apartados de los que consta este protocolo general.

Aunque en los protocolos desarrollados hasta ahora no existe un Índice totalmente cerrado (que se ha dejado a criterio de los autores), en los inicios del grupo de trabajo consideramos necesario presentar, además de la descripción general del problema, el análisis funcional habitual de la patología a la que nos referimos, el proceso de evaluación, el sistema de toma de decisiones en la intervención, los objetivos de tratamiento que resulten habituales en la tipología a la que nos referimos, las técnicas psicológicas más utilizadas para lograr dichos objetivos y los habituales controles de postratamiento y seguimiento.

El documento pretende describir el PROTOCOLO GENERAL DE INTERVENCIÓN CLÍNICA en la actualidad, desde la perspectiva que se corresponde con lo que se denomina planteamiento cognitivo – conductual. Aunque algunos profesores del grupo consideraban que era innecesaria la aclaración, otros profesores pensaban que, en el panorama actual de la práctica profesional en España, todavía es necesario señalar desde que orientación psicológica se plantea la confección de los mencionados protocolos. Sin embargo el contenido de lo que hemos de plantear en este PROTOCOLO GENERAL DE INTERVENCIÓN CLÍNICA no puede ser sino el que, en esencia, está descrito en los actuales manuales de Modificación de Conducta que cada vez con más frecuencia se denominan de Evaluación y Tratamiento en Psicología Clínica o Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Aún a riesgo de no poder sintetizar mejor que otros autores el proceso de intervención clínica y con el ánimo con el que se vienen construyendo los protocolos de intervención del Master de Salud de la UAM, presentamos nuestro protocolo general de intervención.

2. LA INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVO – CONDUCTUAL.

El planteamiento cognitivo conductual es uno de los nombres más comunes y más ampliamente admitido por los psicólogos que recoge los conocimientos empíricamente contrastados sobre intervención y cambio del comportamiento. Se basa en los conocimientos actuales aportados por la psicología científica. Define el comportamiento¹ como el modo de interacción entre el individuo y su contexto. Contempla como objeto de estudio psicológico tanto lo que el individuo hace como lo que dice, dado que, en los contextos sociales, aquellos en los que hay otros humanos,

¹ No merece la pena una discusión conceptual sobre que es comportamiento ni sobre la distinción entre comportamiento y cognición. Véase. <http://www.conducta.org/articulos.html>

el comportamiento verbal, lo que el sujeto dice es la forma de interacción mas habitual y, probablemente, la mas importante.

A lo largo de los últimos 50 años este planteamiento se ha llamado de muchas maneras (conductual, interconductual, cognitivo conductual o contextual) pero algunos autores creen que ha llegado el momento de obviar los calificativos y simplemente utilizar el término de intervención o terapia psicológica entendiendo que se nutre de las aportaciones de la ciencia psicológica.

Hay definiciones muy restrictivas de lo que pudiera significar esta forma de enfocar el tratamiento psicológico pero hoy en día se admite cualquier aportación basada en datos empíricos regularmente contrastados. Obviamente, de datos relativos a la evaluación e intervención para el cambio del comportamiento de las personas, basado en técnicas de cambio psicológico, es decir, en procedimientos de aprendizaje del tipo que fuere.

2.1. El problema, el trastorno o la enfermedad psicológica: el planteamiento de la psicología clínica.

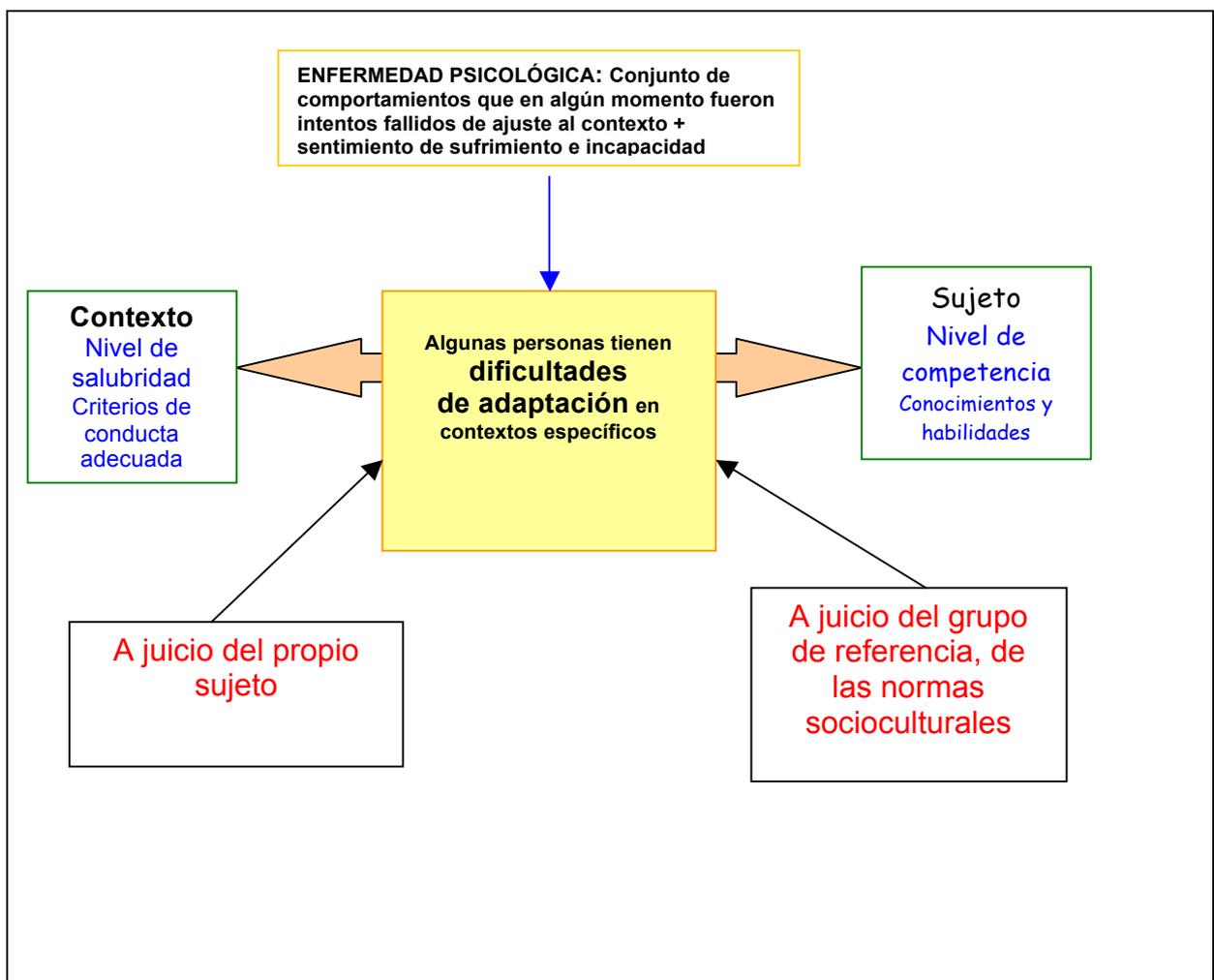
Como es bien sabido en muchas ciencias y, especialmente, en las llamadas ciencias sociales se utilizan palabras como es el caso de “enfermo” o de “clínico” con una definición nueva distinta de la que originalmente tenía o restringida, respecto al conjunto de significados del lenguaje cotidiano. Naturalmente esa práctica lleva a sucesivas redefiniciones del término que, aplicado a otros contextos, termina por tener otro significado con variado grado de consenso. Las palabras “clínico” y “enfermo” se han utilizado en contextos médicos pero también en contextos mas generales. Enfermo, es una palabra de origen latino. Su significado es opuesto a firme. Se refiere a no mantenerse firme, de pie, con capacidad o fuerza para afrontar cualquier contingencia y, con ese origen, llega a significar en medicina persona que padece algún tipo de mal, dolor o sufrimiento en su cuerpo, que le impide mantenerse en pie. Clínica es una palabra de origen griego y hace referencia a cama. Se refiere a quien está postrado en cama y no se puede mantener en pie. Ambos conceptos en medicina están finalmente ligados.

Los avatares de los conceptos enfermo y clínico en psicología han sido numerosos y, en la actualidad, mientras “enfermo” es un término con poco predicamento, “clínico” es un término aceptado y usado sin discusión. Sin entrar en disquisiciones que, en este texto resultan inapropiadas, diremos que no sería necesario distinguir entre problema, trastorno o enfermedad psicológicas aunque enfermedad por sus connotaciones medico biológicas es menos utilizado. El término clínico, tiene actualmente la connotación de “individual” y se refiere a la forma específica en la que se manifiesta un tipo de enfermedad (problema psicológico) en una persona.

Para ir desentrañando nuestra posición diremos que el tratamiento psicológico tiene como objetivo resolver los problemas que plantea un individuo respecto a sus dificultades para adaptarse al medio en que vive. Por tanto se entiende que los individuos presentan problemas psicológicos cuando:

1. La persona padece una falta subjetiva de bienestar que no puede eliminar por sí sola aún cuando ella misma se considera relativamente bien adaptada al contexto.
2. La persona manifiesta a (criterio propio o del entorno) déficits o excesos de conducta que interfieren en el adecuado funcionamiento en su contexto.
3. La persona interviene en actividades que, ella misma o personas que la rodean, consideran anormales y que dan lugar a consecuencias negativas para ella misma y/o los demás.

Dado que se trata de problemas de ajuste a un entorno habitualmente social, la identificación de quien plantea el problema (el propio individuo o las personas de su entorno) es crucial en la intervención. Téngase en cuenta que consideramos que el problema psicológico se refiere al grado de adaptación de un individuo. Se trata de una **relación** individuo - contexto que se manifiesta, a través del comportamiento² de uno de los elementos (el individuo) en interacción con el otro (el contexto). En la **figura 1 se presenta un esquema sobre el problema psicológico como dificultad de adaptación**. La enfermedad psicológica se manifiesta en el comportamiento de la persona como conjunto de intentos fallidos y conjuntamente con sentimiento de incapacidad, fracaso y dolor. Si el contexto es salubre (resulta fácil conseguir reforzadores) la adaptación es fácil y aún con muy escasas competencias cualquier individuo logra adaptarse. En contextos insalubres (con gran restricción de reforzadores) individuos con grandes recursos presentan intentos fallidos de adaptación.



Así pues, dado que se trata de un problema de adaptación intervienen dos elementos: la persona en cuestión y el contexto en el que vive. Respecto al **contexto** se considera que las dificultades de adaptación se plantean cuando éste es exigente, nuevo, cambiante, amenazante o parco en la dispensación de

² El comportamiento sea de un coche, del corazón o de un individuo es la interacción de éste con los elementos del contexto. Así decimos “el comportamiento del coche en una carretera de montaña ... o el del corazón en casos de esclerosis arterial ... o el del individuo en una situación amenazante”.

consecuencias positivas y, en lo que respecta a la **persona**, cuando no sabe, no puede o no se corresponde con su estilo habitual de proceder y, finalmente, no puede ejecutar los comportamientos que logran el beneficio deseado.

La psicología clínica, especialmente en el caso de adultos, no plantea cambiar el ambiente. Solo en el caso en el que las personas vivan en un ambiente controlado como una institución (penitenciaria, educativa, militar, sanitaria, etc.) se plantea resolver el problema modificando el contexto (las contingencias especificadas en el mismo) en el que ocurre el problema. En la mayoría de los casos la psicología le propone al individuo resolver el problema mediante un cambio en su comportamiento de manera que, finalmente, logre un grado de adaptación tal que la persona se sienta razonablemente bien. La terapia es enseñar un nuevo comportamiento que logra resolver el problema. Se resume en la frase *“No podemos cambiar el mundo o las personas que lo habitan pero nosotros mismos si podemos cambiar. Quizás de este modo cambie el mundo que nos rodea y, en todo caso, nuestro propio cambio nos producirá satisfacción y nos evitará sufrimiento a medio y largo plazo”*. Así el problema, en psicología clínica, se concreta en cómo ayudar a cambiar el comportamiento de las personas (lo que hacen dicen o piensan) que nos piden ayuda. Los modos a través de los cuales ayudamos a cambiar son muy variados respecto a los contextos clínicos en los que operamos, los marcos teóricos que subyacen al problema y los tipos de técnicas de cambio que utilizamos

2.2. Los problemas psicológicos desde la perspectiva cognitivo conductual.

Como hemos dicho, las personas tienen problemas psicológicos como resultado de sus dificultades de adaptación al contexto y, en consecuencia, tenemos que añadir que, estando las personas adaptándose continuamente al contexto en el que viven, los problemas psicológicos sobrevienen cuando no se produce con la suficiente rapidez dicha adaptación.

Sin duda, el tiempo de adaptación es relativo al criterio del propio sujeto y, naturalmente, al criterio normativo de la sociedad o cultura en la que vive. Esta fija los parámetros temporales en los cuales ha de producirse dicha adaptación castigando los comportamientos inadecuados que se producen fuera de ese plazo.

De ahí surge, la tradición de considerar la enfermedad psicológica como comportamiento anormal. Los sujetos que no se adaptan, en el tiempo normativamente fijado, ejecutarían comportamientos “raros” que no se ajustan a las normas del contexto. Cuando el problema ya está instalado en la persona, se expresa como sentimiento de incapacidad para comprender “lo que me ocurre” o “extrañeza ante lo que **ahora** me ocurre”.

Se califican como anormales los intentos de la persona que pretende adaptarse, buscando estrategias alternativas, novedosas o creativas en un ambiente competitivo sólo si dichos intentos resultan fallidos, de acuerdo con el criterio del entorno cultural.

Este planteamiento permite que se puedan considerar problemas psicológicos tanto los problemas de desarrollo evolutivo, como es el caso de la enuresis y los problemas de aprendizaje escolar, como los derivados de pérdidas o sucesos traumáticos como podría ocurrir en el caso de la depresión o de los trastornos obsesivos. La psicopatología organiza a través de diversas metodologías las características de cada tipología y clasifica los problemas psicológicos señalando los puntos clave del desarrollo del trastorno hasta constituirse en un caso clínico que pide ayuda profesional.

Se considera que el problema actual que se presenta en sesión es el conjunto de quejas del paciente (o su entorno, especialmente en niños). El origen del problema psicológico se sitúa en un momento previo, el desarrollo del problema lo constituyen el conjunto de acciones (intentos de solución) que se consideran fallidos aunque inicialmente pudieron considerarse parte de la solución y, en consecuencia, en el momento presente se pide ayuda profesional.

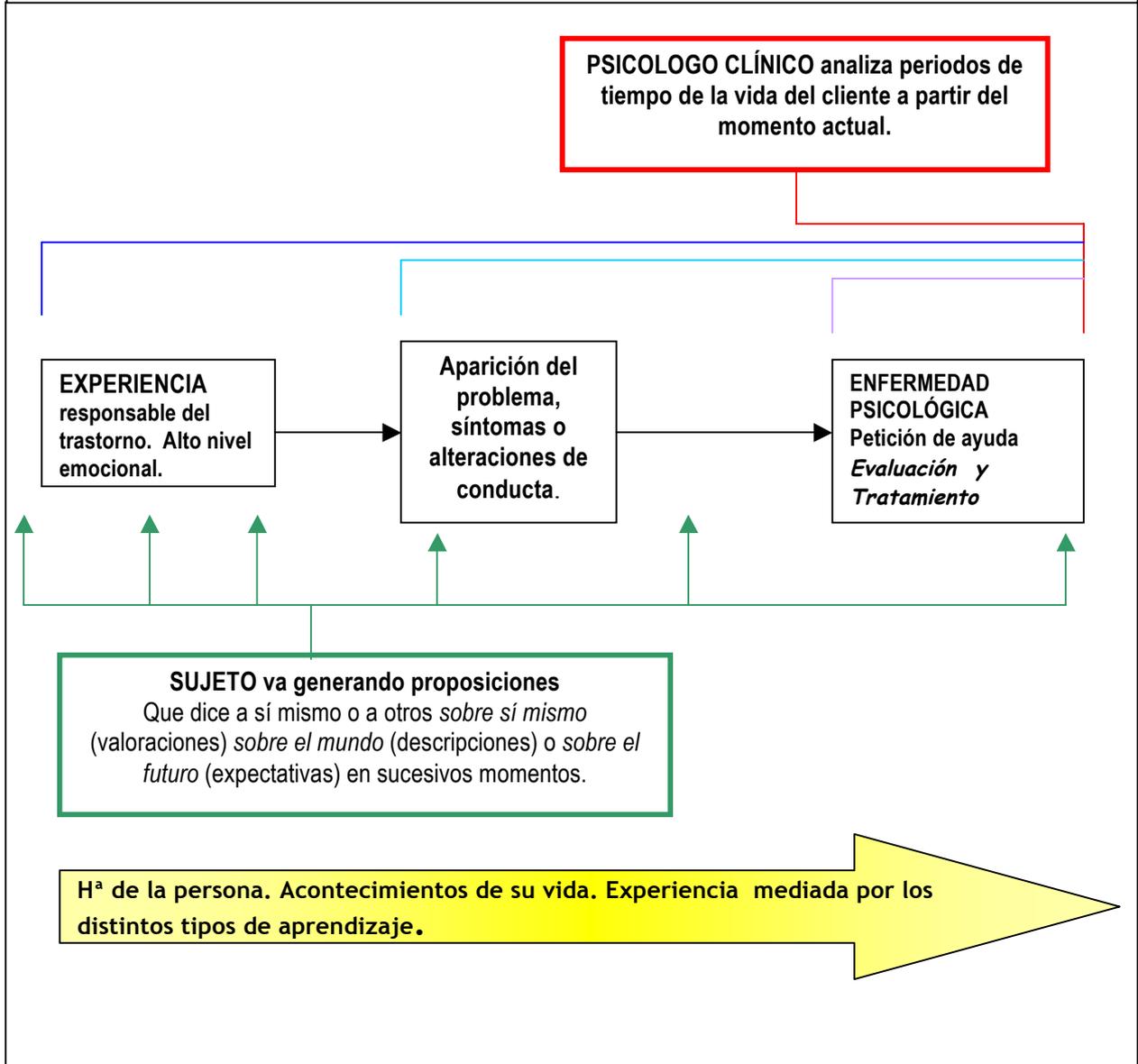
Así la mayoría de todos los problemas que afrontamos en la clínica tienen una historia relativamente larga, con éxitos y fallos parciales, con valoraciones por parte del propio paciente sobre el tema, pero terapéuticamente, **sólo se pueden tratar desde el momento actual**. La evaluación del caso estudia la historia del problema e hipotetiza sobre su desarrollo pero se centra en el conjunto actual de elementos que mantienen el “trastorno psicológico” tal como lo presenta el paciente en la consulta clínica.

Se considera que los problemas psicológicos tienen un proceso relativamente largo de manera que, la distancia temporal entre los inicios u origen y el momento presente en que acude al psicólogo, determina su gravedad (cronicidad). Se considera que, cuanto mayor es el tiempo que ha pasado, mayor es el conjunto de soluciones fallidas y mayor el número de hipótesis inadecuadas que el individuo ha generado sobre el propio problema. Sin embargo, la gravedad también se relaciona con la intensidad y persistencia del comportamiento *anormal* y, sobre todo, con cuanto incapacita a la persona para continuar adaptándose a la vida diaria.

En la [figura 2, se muestra la evolución del problema](#) desde su origen hasta el momento de la evaluación por parte de un psicólogo en la clínica. Los eventos que pudieran considerarse el inicio del problema no siempre son identificados con claridad por la persona con problemas. En ocasiones solo reconoce que, a partir de un cierto momento, comenzaron las dificultades y el malestar. En el esquema se pone de manifiesto que el problema evoluciona con la persona; que en ocasiones trata de minimizarlo y en otras de afrontarlo aunque sin éxito, lo que hace que el dolor, la incomodidad y los elementos constituyentes del mismo se intensifiquen; que la persona reflexione sobre su problema y se lo cuente a otros, hipotetizando sobre sus causas, generando ideas irracionales e ilógicas sobre el problema o su propia persona e incluso estableciendo nuevas reglas de actuación que, frecuentemente, lo agravan, haciendo que el individuo se sienta incapaz de resolverlo por si mismo, sufra mucho mas y, quizás, finalmente, pida ayuda. Algunas personas, cuando se cronifican sus fallidos intentos de adaptación, mantienen con gran convicción creencias y reglas no solo irracionales sino incoherentes entre sí y, en ocasiones, muestran evidente incoherencia entre lo que hacen y dicen, mostrándose incapaces de admitirlo. Las incoherencias de todo tipo de las personas aumentan su sufrimiento y las incapacitan en su proceso continuo de adaptación.

El psicólogo por su parte, desde el comienzo de la evaluación, inquiera sobre el problema y su evolución pero se centra en el **momento actual**, en las manifestaciones del problema en el momento presente. El psicólogo estudia lo que la persona refiere en la clínica, tanto lo que hace en el propio contexto clínico como las descripciones que hace sobre otros contextos relevantes al problema. Naturalmente, evalúa a la persona que acude a la clínica, a través de distintas herramientas: Observación directa, autorregistros de situaciones externas, descripciones de los sucesos relevantes de la semana a través de la entrevista o aplica pruebas (test psicológicos) que dan cuenta de las capacidades o estilos de comportamiento de la persona. Como se verá posteriormente el psicólogo a través de la evaluación tratará de hacer un análisis funcional del caso que le permita fijar los objetivos y procedimientos de la intervención.

Figura 2: El momento del origen del problema puede estar lejos del momento en que el individuo pide ayuda psicológica. Los intentos *fallidos* de adaptación y las propias reflexiones sobre sus dificultades para resolverlo pueden agravarlo. El psicólogo **desde el momento actual** trata de entender el problema del paciente mediante el proceso de evaluación.



El análisis funcional trata de dar cuenta del conjunto de comportamientos (lo que la persona dice y hace) que constituyen el problema, especificando los procesos de aprendizaje que explican porque se mantienen actualmente y porque devienen en déficits de adaptación. De esta manera el análisis funcional muestra como determinados comportamientos de la persona en su contexto natural se constituyen en problemas psicológicos.

Se considera que el conjunto de comportamientos problema que son objeto de análisis están mantenidos en el **momento actual** por las **contingencias del contexto**, formando cadenas en las que la situación y las consecuencias

determinan la ocurrencia del comportamiento. Por esta razón indagamos en los antecedentes y consecuentes de la conducta problema mediante registros o autoregistros sistemáticos de la misma. Sin embargo en ocasiones los comportamientos problemas están **controlados por reglas**, es decir, cogniciones, bien sean descripciones, creencias o expectativas que, en ocasiones, gobiernan la conducta con cierta independencia de las contingencias. Por otro lado, las conductas problemas pueden ocurrir en muy variados contextos e incluso en la propia sesión clínica, aunque en otros casos, el conjunto de comportamientos problema solo ocurre en contextos específicos, en presencia de los discriminativos pertinentes. Por último es habitual que los comportamientos problema estén mantenidos por más de un procedimiento de aprendizaje como por ejemplo condicionamiento y aprendizaje por modelos. (Véase en la [Figura 3 un esquema de los comportamientos problema y su explicación en función del tipo de aprendizaje que explica su origen y mantenimiento](#)).

Esquema 3: El conjunto de comportamientos que constituyen el problema psicológico y son objeto de análisis, pueden estar controlados de diferentes maneras.

EL COMPORTAMIENTO PROBLEMA

1. El comportamiento problema está *siempre* controlado por las *contingencias actuales* del contexto.
2. El comportamiento problema puede estar *controlado, en parte, por las reglas* o autoproposiciones del sujeto aprendidas en un momento anterior de su historia.
3. Si el *comportamiento problema* se produce en *cualquier contexto* (también en el clínico) es probable que esté controlado por reglas.
4. Si la conducta problema no se produce en el contexto clínico *se puede reproducir en el mismo mediante simulación* (presentación de estímulos desencadenantes).
5. El comportamiento problema puede estar sometido en el momento *actual a diversos tipos de aprendizaje*.

Actualmente en la descripción de los problemas psicológicos se diferencian claramente las variables de la génesis del problema y las que controlaron su evolución de las variables que mantienen el problema. Se suele describir la sintomatología más relevante que, en psicología, se corresponde con los listados de comportamientos destacados en alguna de las categorías diagnósticas, añadiendo las variables contextuales que, habitualmente en nuestra cultura, suelen controlar dichos comportamientos y/o las reglas (cogniciones) que pudieran operar en el caso. En algunos casos se habla de los análisis funcionales típicos para casos de depresión, ansiedad ante los exámenes o agorafobia en los que se especifica la conducta los estímulos antecedentes habituales y los consecuentes asociados.

Sin embargo, desde la perspectiva cognitivo conductual, cuando se plantea una evaluación clínica con el objetivo de tratamiento, resulta además imprescindible evaluar las habilidades y características personales de la persona al igual que las variables relevantes del entorno en que vive para, finalmente, plantear un análisis específico de cada caso que dé cuenta de las razones de la patología y sugiera objetivos y procedimientos de cambio para lograr superar el problema.

2.3. El planteamiento general de la intervención clínica.

Desde la perspectiva conductual la intervención psicológica se plantea como un proceso de aprendizaje cuyo objetivo general es procurar herramientas para facilitar la adaptación de las personas, para que de este modo logren los objetivos de bienestar por los que acude a consulta.

Si el problema se define como un conjunto de comportamientos que impiden a la persona funcionar en su contexto y, como consecuencia, en un malestar general, la solución consiste en la implantación de nuevos comportamientos que se constituyen en procedimientos generales eficaces para lograr sus propios objetivos vitales.

Como consecuencia de la intervención se espera que cambie el comportamiento (lo que dicen y lo que hacen) de las personas que acuden al psicólogo buscando ayuda para sus problemas. Se trata de que aprendan nuevas formas de comportamiento, pero también de que aprovechen al máximo los recursos propios y los del medio en que viven, cambiando éste último en la medida en que ello pueda favorecer su bienestar o modificando sus valores, actitudes y conductas para adaptarse a los aspectos del entorno que no pueden ser cambiados desde una perspectiva de salud psicológica individual.

Podríamos establecer **dos tipos generales de objetivos terapéuticos**. En primer lugar, modificar el propio comportamiento (lo que hace o dice un individuo en un determinado contexto) y con ello modificar las contingencias que operan en el entorno en el sentido deseado. En este caso se considera que el malestar psicológico es debido a su comportamiento, a su frecuencia relativa o a la intensidad de algunas actuaciones (quejas, lloros, agresiones, falta de descanso, consumo de sustancias excitantes, reacciones condicionadas intensas, etc.) De este modo un cambio del comportamiento de la persona ocasiona un cambio en su contexto, en las consecuencias que este le proporciona y, si la ayuda terapéutica es adecuada, dichos cambios en el contexto le producirán satisfacción y bienestar. En segundo lugar, resolver o reducir los conflictos e incongruencias entre su experiencia y las proposiciones generadas por el propio sujeto o a las incoherencias internas de su discurso: lo que piensa, lo que se dice a sí mismo, sus creencias y valores. El tiempo que transcurre entre el inicio del problema y el momento en que el individuo pide y consigue ayuda psicológica eficaz incrementa la incoherencia de su discurso debido al sorprendente y repetido fracaso de adaptación.

En el *primer caso*, el procedimiento es cambiar el comportamiento (en la sesión clínica y en su entorno natural) a través de los distintos tipos de aprendizaje (p.e. condicionamiento, modelado, instrucciones, o cualquier conjunto de ellos) con el objetivo de mejorar sus habilidades de adaptación. El sujeto logra, a través de su nuevo comportamiento, determinados objetivos del entorno que, efectivamente, le hacen sentirse mejor. Es una estrategia dirigida a quién no sabe o no puede alcanzar determinados objetivos en el momento de la intervención.

En el *segundo caso*, el procedimiento opera sobre las proposiciones o reglas generadas por el sujeto, bien versen sobre su experiencia o bien sean reelaboraciones sobre sus propios pensamientos o ideas. El material de trabajo

se presenta al terapeuta mediante el lenguaje. El sujeto expresa proposiciones sobre sí mismo y el mundo que resultan incongruentes con sus actuaciones presentes o pasadas y, en consecuencia, le provocan malestar. Salvo en casos de psicopatía, la inconsistencia del comportamiento o la incoherencia del discurso provoca malestar e incomodidad y, sobretodo incapacidad para adaptarse. El terapeuta trata de reducir la incoherencia del discurso del paciente, *induciendo lógica* en las argumentaciones, tratando de que reasigne nuevos valores a la descripción de los acontecimientos o, en otro caso, inducir una razonable aceptación de las condiciones adversas (personales y de la situación) en las que vive. El arsenal de técnicas (denominadas inicialmente cognitivas) ha ido creciendo exponencialmente. La mayoría de ellas, incluso las actuales (contextuales) son técnicas de autor (también llamadas de marca). Es decir que se plantean como un algoritmo tal que siguiendo sus pasos, se logra la solución del problema (por ejemplo la terapia racional de Ellis) Estas técnicas, no siempre se sustentan en procesos de aprendizaje reconocible como tal y generalizable a cualquier ser humano en cualquier contexto sino que su justificación a menudo se basa en concepciones psicopatológicas alternativas derivadas por el autor de la técnica y su grupo.

Tanto en un caso como en otro, las *valoraciones positivas del propio* cliente, bien por gustarse como es y aceptarse como bueno (resultado del segundo caso) o bien por haber conseguido determinados logros a través del cambio de su comportamiento (primer caso), permite los informes finales del sujeto en el sentido de que se siente bien y satisfecho con el tratamiento. El psicólogo sin embargo puede valorar por su cuenta la eficacia del tratamiento y las razonables expectativas respecto a futuros problemas del cliente y su capacidad para enfrentarse con éxito a ellos.

No hemos abordado en este apartado el tratamiento psicológico que se lleva a cabo junto a tratamientos médicos en problemas originados en el desarrollo bio-psicológico y/o el deterioro biológico bien por enfermedad o bien por el envejecimiento de células tejidos o sistemas del individuo. La razón no es otra que el espacio para construir esta guía general que pretende ser un compendio de todo tipo de intervención psicológica en la clínica.

2.4. La ética de la intervención clínica.

La mayoría de los códigos deontológicos establecen con claridad cuales son los deberes de los psicólogos clínicos con respecto a sus clientes o pacientes. No resulta fácil añadir consideración alguna a dichos códigos legales desde la perspectiva de intervención psicológica. No obstante merece la pena recordar algunos puntos clave del código en lo que respecta al psicólogo clínico que evalúa, valora, informa o trata a una persona para lograr cambios de comportamiento acordes con sus personales objetivos y con el ánimo de contribuir a su salud y bienestar.

1 Respeto a los objetivos del tratamiento. Podemos discrepar respecto a los objetivos de la intervención pero no debemos, al menos intencionadamente, imponer objetivos a una persona adulta. Obviamente es potestad del psicólogo explicar cuáles son los procedimientos para conseguir los objetivos del cliente. El psicólogo es el que **sabe como** resolver el problema pero los modos de intervención no deben de forzar los objetivos de la otra persona. Se hace hincapié en este tema por la debilidad psicológica, el sentimiento de incapacidad y desvalimiento de las personas que demandan ayuda, especialmente sensibles a las meras sugerencias del experto.

2 Reconocimiento del potencial para cambiar a las personas y evaluar sus efectos. Quizás por la variabilidad de trabajos basados en el conocimiento de la psicología, por falsa modestia o por otras razones, no solemos reconocer la potencial capacidad de influencia de las técnicas de intervención psicológicas y, por ende, la capacidad del propio psicólogo. Es cierto que la motivación es la clave del aprendizaje y las técnicas psicológicas en cuanto derivadas de procesos de aprendizaje, bien poco pueden hacer sin motivación. Pero en los casos clínicos, con gran sufrimiento, la motivación es máxima y la terapia minuciosamente aplicada resulta muy efectiva: logra cambios tanto planificados (logro de los objetivos) como no previstos (tanto efectos deseados como no deseados). Por ello, aún a riesgo de aumentar los costes de la intervención, hay que realizar una evaluación del programa de tratamiento. El potencial del psicólogo y sus técnicas es grande y hay que controlar sus efectos.

3 Nuestro nivel de conocimiento psicológico: El resultado de la intervención psicológica es el efecto de la interacción, en un contexto social humano de, como mínimo, dos personas. En el proceso de lograr la salud psicológica dichas personas son: el paciente que demanda ayuda y el experto que la presta. La titulación, tanto en ciencias sociales como en las de la salud, es la condición mínima para el ejercicio de la profesión pero no asegura, por la sola aplicación del conocimiento adquirido en la universidad, la resolución de los problemas que nos plantean las personas. Las personas somos individuos con historia lo que significa que no podemos conducirnos como en un experimento revirtiendo indefinidamente el comportamiento mediante el tratamiento. En definitiva el éxito del tratamiento depende tanto de nuestros conocimientos psicológicos como de la oportunidad de la interacción con un paciente específico en un momento determinado. Se pueden, *a posteriori*, estudiar y conocer las razones del éxito inmediato o las del fracaso pertinaz y esa es la tarea de la investigación del proceso de intervención psicológico. De este hecho se deriva la obligación de los psicólogos clínicos de evaluar regularmente su nivel de conocimiento relativo al caso y su capacidad personal para aplicarlo.

3. LA EVALUACIÓN DEL CASO Y DEL TRATAMIENTO

Evaluar el caso es evaluar a una persona con un problema psicológico. No se trata solo de evaluar la importancia, gravedad o características de un problema. La evaluación con el objetivo de tratamiento es un tipo de evaluación especial que exige determinar el tipo problema (si es que se ajusta a una tipología clara de los sistemas diagnósticos al uso) las variables que pudieron determinar su origen y las variables que actualmente lo mantienen. Evaluar un caso con el objetivo de tratarlo es identificar los objetivos del tratamiento y las variables que pueden facilitar alcanzarlos. Dado que la intervención se plantea habitualmente como un proceso de aprendizaje que puede resultar costoso es imprescindible plantearse la evaluación de la motivación para lograr el cambio de comportamiento. De hecho, se supone un alto nivel de motivación en todos los casos de personas adultas, por el hecho de que pidan ayuda y, frecuentemente, pagan por la consulta. En algunos procedimientos terapéuticos se exige una demostración del nivel de motivación que pasa por un reconocimiento de la incapacidad para resolver el problema por sí mismo y del sufrimiento que causa al propio paciente.

El proceso de tratamiento implica tomar decisiones sobre como fijar **objetivos y priorizarlos**. La mayoría de los autores aceptan que el conjunto de objetivos de un tratamiento se puede alcanzar de muy diversas maneras, un buen número de los

cuales, llevan al éxito en el tratamiento. Por ello es importante que el psicólogo se plantee también la evaluación del programa de tratamiento: su eficacia, eficiencia y efectividad.

Tanto la evaluación del caso como la del tratamiento implican, en consecuencia, la evaluación de un amplio número de variables de muy distintas características que exigen una instrumentación variada y específica en cada caso.

No vamos a describir en este texto los objetivos, el proceso o los procedimientos de la evaluación para el tratamiento. En la mayoría de los **manuales de Evaluación e Intervención Clínica** (Evaluación, Modificación de conducta Psicología clínica, Psicología de la salud) figuran extensos apartados sobre qué hacer, cómo proceder y con qué instrumentos evaluar. Pretendemos solo señalar que el proceso de intervención exige la evaluación previa del caso, es decir, la **descripción del caso y una explicación psicológica** del mismo que permita finalmente fijar objetivos de tratamiento. Para ello es necesario: a) un análisis funcional de los comportamientos clínicamente relevantes; b) el listado de reglas, creencias, atribuciones (cogniciones) que guían la actuación de la persona y su proceso de reflexión, especialmente, aquellas que, potencialmente, impiden su ajuste a la realidad, a las contingencias del contexto y en definitiva su adaptación al contexto actual.

El caso clínico en adultos se pone de manifiesto mediante quejas, bien por la falta de logro (títulos, ascensos, amigos, placer en una relación sexual, etc.) o bien por sufrimiento (dolor, irritación, tristeza, enfado, miedo, cansancio, agresión, malestar). Ambos tipos de manifestaciones suelen estar ligados y la eliminación de estas quejas se constituye en el objetivo final del tratamiento y, en alguna medida, estas quejas se constituyen como variables dependientes del tratamiento. Esto es así porque se supone que el cambio en la frecuencia de algunos comportamientos críticos y/o conjunto de reglas, modificara la intensidad del malestar del paciente y reducirá sus quejas.

Para lograr un cambio en el comportamiento, es necesario, en primer lugar, conocer cómo operan en el caso, las **contingencias del contexto en el presente** para generar propuestas de actuación apropiadas y, en segundo lugar, identificar aquellas proposiciones ilógicas, inútiles e incoherentes con la presente realidad que pudieran impedir el aprendizaje de nuevos comportamientos. En definitiva, el proceso de aprendizaje y, por tanto, de tratamiento consiste en someterse a experiencias controladas de aprendizaje, reflexionando sobre las mismas, generando nuevas reglas de actuación.

Si sólo se tratara de aprender una nueva forma de comportarse (lo es en muchos de los casos clínicos, pero no en todos) habría que evaluar de una parte, **el nivel de competencias y conocimientos previos** y, de otra, **el grado de motivación**. Estos dos conjuntos de variables determinan la eficacia y eficiencia del individuo en su proceso de aprendizaje. Aunque la situación clínica no es el caso de la enseñanza reglada, comparte los elementos propios de una situación de aprendizaje. En ambos casos se pretende que el cliente (estudiante) aprenda lo máximo en el menor tiempo posible, con el objetivo adicional de que no interfiera con futuros aprendizajes. Por ello es imprescindible evaluar el nivel de competencia y la motivación, tanto en lo que respecta al problema planteado como al conjunto de técnicas que vayamos a implementar. Desconocer el nivel de conocimientos y competencias previo nos llevará a mayor ineficiencia, sin embargo, la falta de motivación para llevar a cabo el tratamiento planteado, lleva a la pérdida de tiempo y al posterior fracaso.

Los problemas psicológicos, al menos en adultos, se presentan verbalmente al terapeuta como sorprendentes, ansiógenos o estresantes y, en ocasiones, esta **alteración emocional** que acompaña al problema identificado por el paciente es independiente de la alteración definitoria del propio problema. Resulta imprescindible

valorar el impacto de esta alteración en la persona, no solo respecto a la evolución del problema (su gravedad) sino también respecto al potencial de cambio y aprendizaje.

3.1 La evaluación inicial del caso previa a la intervención.

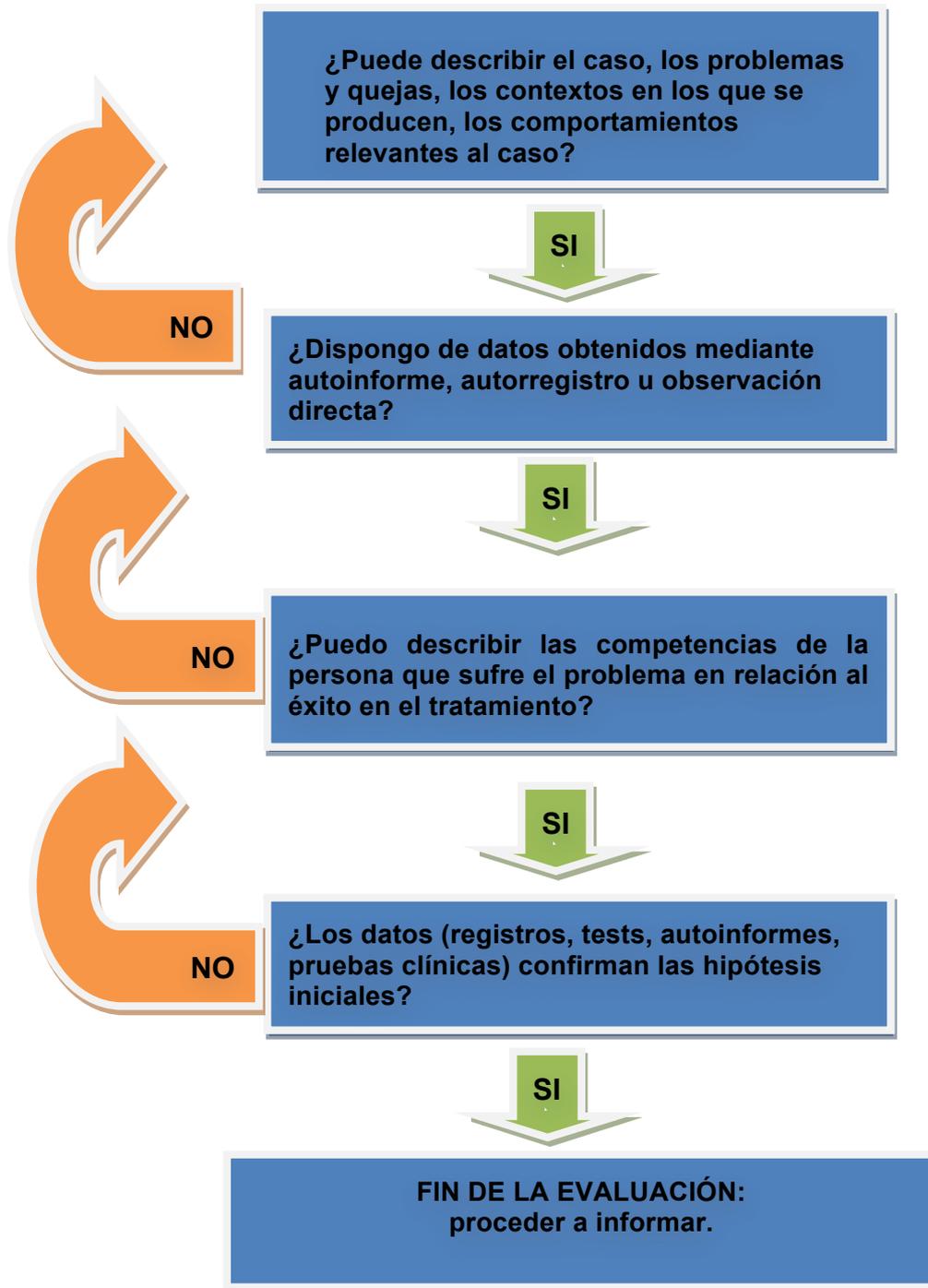
Fijar los objetivos de evaluación es condición para diseñar un proceso de evaluación. En este caso partimos del supuesto de que se trata de casos clínicos: personas que sufren, se quejan y piden ayuda. Como ya hemos dicho, la evaluación se lleva a cabo con el objetivo de tratar al paciente ayudándole en sus objetivos, identificando las causas de sus problemas indicándole los procedimientos para lograrlos. En todo momento hemos de estar en condiciones de informar de nuestras pesquisas, de las técnicas de evaluación y de los modelos (modos, algoritmos) con que llegamos a las conclusiones y diagnósticos. Los informes se han de confeccionar a partir de los datos registrados en la historia clínica, un documento en el que se registra la actividad del psicólogo en cada sesión clínica con el paciente; se plasma la información obtenida por los diversos procedimientos formalmente establecidos (entrevistas, pruebas de todo tipo, registros, auto-registros inter-sesiones u observaciones del psicólogo en sesión) y las hipótesis iniciales y su evolución hasta formular una explicación formal del caso acorde con los conocimientos psicológicos científicamente contrastados.

Como psicólogos profesionales con formación reglada de base científica, hemos de asumir que nos podemos ver obligados por diversas instituciones (judiciales, educativas, etc.) e, incluso a instancia del propio paciente, a informar del caso a otros profesionales. El objetivo de un informe siempre es la comunicación acorde con protocolos y estándares que faciliten la comprensión al menos de los demás psicólogos. Además de todo esto hay que asumir, en aras de la mejora de nuestras propias prácticas, la necesidad de informar a otros colegas, bien mediante informes técnicos o bien mediante publicaciones, de los procedimientos empleados en la práctica profesional y de los logros con ellos alcanzados.

La evaluación previa a la intervención plantea una secuencia de decisiones cuyo objetivo es poder dar una explicación en términos psicológicos del caso a la persona que nos consulta, que puede ser: la persona que sufre el problema, un allegado u otro profesional. En general, consideraremos el caso de un adulto que pide ayuda, que dispone de las competencias suficientes para comunicarse normalmente y que está en condiciones físicas y emocionales para afrontar la resolución de sus propios problemas. No entraremos en casos específicos que nos obligarían a ampliar estas consideraciones generales sobre la Intervención Clínica.

En primer lugar describiremos el conjunto de decisiones (Esquema 4) que después de los primeros contactos con el caso el psicólogo ha de resolver con el objetivo de formular el diagnóstico o la explicación funcional del problema. En este esquema las preguntas se formulan de manera que, si la respuesta es afirmativa, se atiende la sugerencia y se pasa a la siguiente pregunta. Por el contrario, si la respuesta es negativa se atienden las sugerencias y se vuelve a la pregunta de nuevo.

Esquema 4: Decisiones a tomar en el curso de la evaluación inicial del caso para el diagnóstico o la explicación funcional del problema.



Decisiones a tomar en el curso de la evaluación inicial del caso para el diagnóstico y la explicación funcional del problema:**¿Puede describir el caso, los problemas y quejas, los contextos en los que se producen, los comportamientos relevantes al caso?**

SI. Genere hipótesis plausibles y comprobables que den una explicación al caso.

NO. Identifique un amplio número de comportamientos (lo que dice y hace) clínicamente relevantes y trate de describir secuencias A-R-C (antecedente - respuesta - consecuente). Distinga entre las descripciones del paciente respecto al origen del problema y las descripciones del paciente respecto al momento presente.

¿Dispongo de datos obtenidos mediante autoinforme, autorregistro observación directa?

Si. Obtenga además, medidas repetidos de cada una de la variables relevantes. Confirme por diversos procedimientos los datos registrados hasta el momento.

NO. Es conveniente contrastar los datos a través de distintos tipos de medida.

¿Puedo describir las competencias de la persona que sufre el problema en relación al éxito en el tratamiento?

SI. Proceda a identificar las competencias generales y las que necesita evaluar con precisión para el tratamiento. Haga un relato de los sucesos críticos, emocionalmente importantes o decisivos en la historia de la persona y sitúelos en su contexto geográfico y cultural. Evalúe con precisión su motivación para el cambio y para asumir las exigencias del tratamiento.

NO. Identifique las variables del sujeto relativas a competencias y personalidad que considere imprescindibles para afrontar el programa de tratamiento. Liste los instrumentos para evaluarlas y proceda en consecuencia.

¿Los datos (registros, tests, autoinformes, pruebas clínicas) confirman las hipótesis iniciales?

SI. Mantenga los registros, hasta lograr la estabilidad necesaria de los comportamientos que mide en los diversos contextos. Confirme sus hipótesis explorando indicios adicionales. Evalúe aquellas variables que ayuden a priorizar los objetivos y a elegir las técnicas para alcanzarlos.

NO. Replantee sus hipótesis. Examine los datos registrados en su historia clínica con otros colegas y reevalúe las hipótesis. Explore el contacto con allegados.

¿Disponemos, de una explicación funcional del desarrollo y estado actual del caso?

SI. Los datos obtenidos hasta el presente son consistentes y se ajustan razonablemente a criterios diagnósticos o a análisis funcionales típicos.

NO. Liste el conjunto de hipótesis que de acuerdo con los distintos tipos de aprendizaje dan cuenta de los comportamientos relevantes. Distinga entre las hipótesis relativas al desarrollo del problema y la situación actual. Organice los datos del momento presente en secuencias A-R-C. Consulte criterios diagnósticos y análisis funcionales típicos del caso.

¿Disponemos, de un diagnóstico del caso ajustado a los criterios frecuentemente utilizados por los profesionales de la salud? ES NECESARIO EN CASO DE QUE COMUNICAR O INFORMAR A OTROS.

SI. Los datos obtenidos hasta el presente son consistentes y se ajustan razonablemente a criterios diagnósticos.

NO. Revise las descripciones, directas del comportamiento de la persona, los resultados de cuestionarios, observaciones y test realizados y compruebe su consistencia. Requiera si lo considera necesario otras pruebas confirmatorias y organice de nuevo su ajuste a los criterios diagnósticos.

¿La explicación del caso, sus hipótesis sobre el origen y mantenimiento del problema son aceptadas por el paciente?

SI. Proceda con los objetivos y los procedimientos de cambio. Fije los criterios para determinar el logro de los objetivos.

NO. No imponga sus hipótesis y explicaciones y menos aún mediante argumentos técnicos o criterios de autoridad. Plantee pruebas, experimentos o hipótesis demostrativas del valor de sus explicaciones. Sólo en última instancia sugiera que confíe en su experiencia pero por un breve tiempo y, exclusivamente, si se alcanzan algunos objetivos planteados a corto plazo.

En este punto del proceso de toma de decisiones relativo a la evaluación previa del caso, es posible hacer un informe dirigido a otros profesionales de la psicología o de un equipo multidisciplinar o al propio paciente según sea el caso. Sin duda facilita la confección del informe si, desde el inicio de la evaluación, se ha planteado como uno de los objetivos de la misma. Existe una amplia bibliografía sobre informes técnicos en psicología en función del profesional al que va dirigido y el uso que se pretende hacer del mismo.

A partir de este momento de la intervención clínica seguiremos el proceso de toma de decisiones correspondientes al tratamiento con el grado de generalidad que ya hemos comentado en la introducción de este protocolo general de intervención clínica.

3.2 La evaluación a lo largo del proceso de intervención. La valoración de resultados.

El primer paso para llevar a cabo un tratamiento psicológico es fijar los objetivos. Como en todo programa de intervención psicológica hay que evaluar dicha intervención que, aunque esté bien fundamentada, podría fracasar en sus objetivos: no ser eficaz. Si evaluamos, podríamos conocer cuanto y porque la intervención resulta eficaz. Puede que los objetivos no se alcancen, bien porque el proceso (procedimientos y técnicas) especificado para lograrlo no se ha podido llevar a cabo en las condiciones en que se había planificado o bien porque claramente las técnicas y procedimientos no logran, en este caso, el objetivo. Existe una amplia bibliografía que describe como llevar a cabo un programa de tratamiento clínico para que pueda ser evaluado, obteniendo su valor de eficacia (logro de objetivos), eficiencia (relación coste beneficio) o efectividad (efectos ligados a los objetivos del tratamiento versus cambios como efectos secundarios al tratamiento sean beneficiosos o adversos).

4. EL ANÁLISIS FUNCIONAL, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

El AF pretende describir y explicar porque el cliente se comporta como lo hace, sus quejas, sus sentimientos de malestar, la frecuencia y magnitud de los comportamientos clínicamente relevantes, lo que dice y hace y, como ya hemos señalado, con base en los procedimientos de aprendizaje a través de los cuales el individuo ha podido aprender y alcanzar dichos niveles de comportamiento.

La evolución del problema y los procesos de aprendizaje a través de los cuales el individuo ha llegado al momento actual, pueden ser importantes al diseñar un tratamiento, permitiendo una explicación del caso entendible para el cliente, facilitando la motivación para el tratamiento. Sin embargo la evaluación puede tener otros propósitos como el diagnóstico o la categorización y clasificación del caso. Además, en función del estado del problema y las características de la persona y su contexto, la evaluación puede tener como objetivo el pronóstico en la situación actual sin tratamiento como la predicción del éxito de uno u otro tratamiento.

4.1. El informe al usuario y a otros profesionales de la salud.

Pues bien, el primer paso del terapeuta, antes de iniciar tratamiento es compartir con el cliente o responsable del caso la información y AF del caso. Si el evaluador es el terapeuta del caso es imprescindible compartir el AF realizado a un nivel suficiente como para que podamos acordar los objetivos y el plan de tratamiento.

Frecuentemente, bien el usuario, otros allegados responsables u otros profesionales legalmente autorizados, nos piden un informe del caso con diferentes propósitos y, de acuerdo con el código deontológico, tenemos que informar del caso atendiendo a la demanda estrictamente formulada. Los informes psicológicos son muy variados y además de atender al propósito del demandante del informe han de ser cuidadosos en cuanto a la descripción de la metodología de la evaluación, el proceso de inferencia y la presentación de resultados. [En el texto de Fernández Ballesteros \(2011\) hay un capítulo dedicado a los informes psicológicos que responde a este planteamiento.](#)

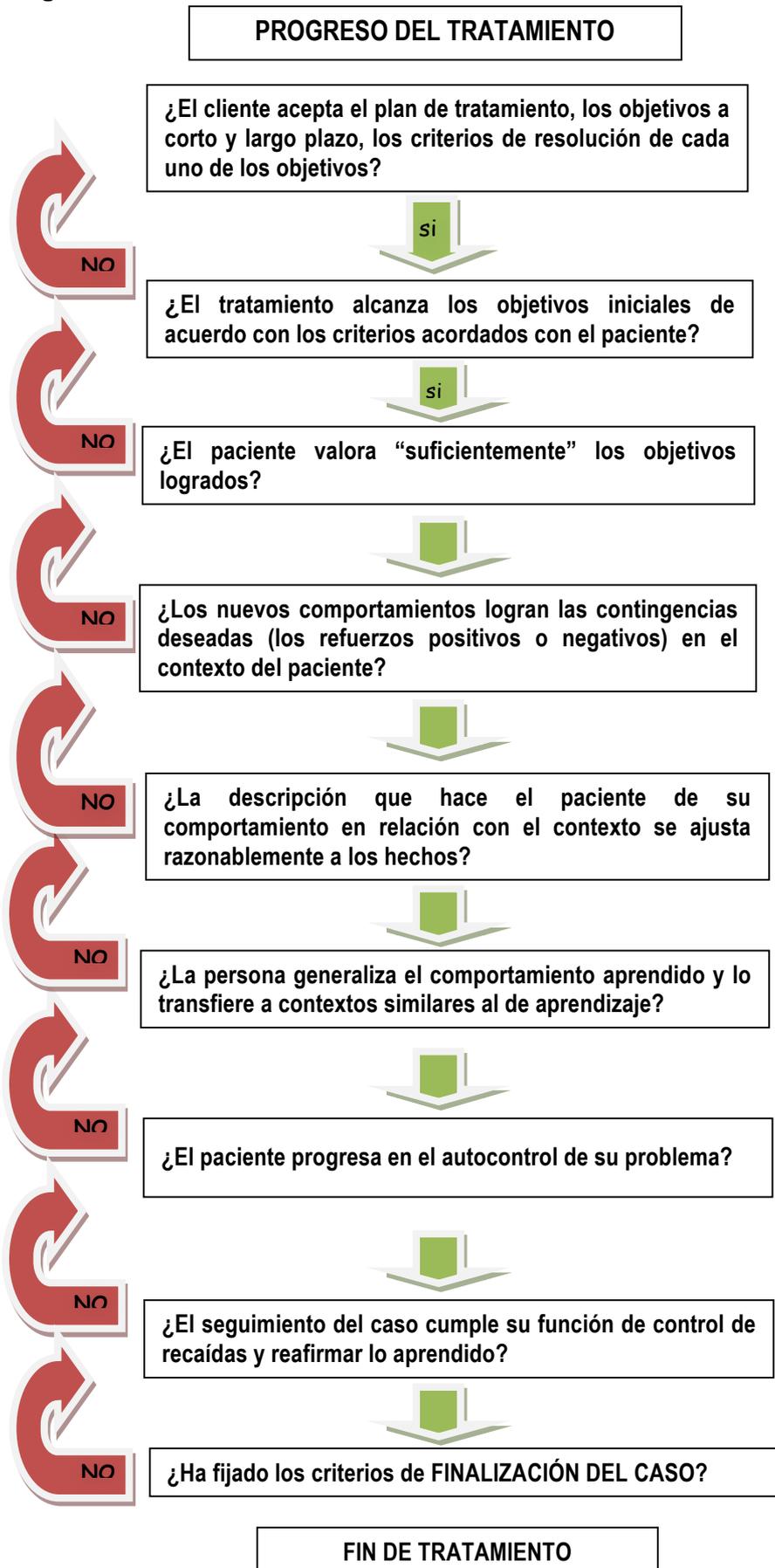
4.2. El usuario (paciente o tutor) corresponsable en la fijación de objetivos terapéuticos.

La idea de que el problema clínico es un caso de dificultad de adaptación del individuo al contexto (es una relación) en el que las manifestaciones (síntomas) más visibles son intentos fallidos pasados o actuales de obtener los objetivos deseados unidos a cierto sentimiento de sufrimiento e incapacidad, nos han de guiar a la hora de compartir con el usuario la interpretación y explicación de los datos. Esta concepción hace que rechazemos que el cliente es, por sí solo, la causa de sus problemas y así evitamos innecesarios sentimientos de culpa y pesar en el momento de iniciar el tratamiento. Su malestar deviene en general tanto de su sentimiento de incapacidad como de las consecuencias aversivas de su comportamiento en el contexto particular en el que no logra adaptarse. El individuo necesita **comprender** lo que le ocurre, **aceptar** el problema que presenta en sus diversas dimensiones y **comprometerse**, si es el caso, en aprender con la guía del psicólogo. Si el proceso se lleva a cabo armónicamente (como se especifica en los textos de tratamiento psicológico) se estará en condiciones de fijar objetivos y procedimientos para lograrlos y si fuera el caso, corregirlos en el curso de la intervención.

5. EL TRATAMIENTO: OBJETIVOS Y PROCEDIMIENTOS

El tratamiento es el conjunto de operaciones que el psicólogo diseña con el cliente para lograr los objetivos acordados. La intervención clínica como todo programa de intervención ha de especificar con la mayor claridad posible cuales son dichos objetivos y con qué procedimientos se tratarán de alcanzar. Si el tratamiento implica a pocas personas como suele ser el caso del tratamiento individual se podrá ser más flexible en el diseño, pero ello no exime de explicitar el cronograma del tratamiento. Desde la perspectiva cognitivo conductual se considera que la planificación y evaluación del tratamiento es decisiva no solo para poder redefinirlo y modificarlo en función de su desarrollo sino para formar a los futuros psicólogos clínicos y corregir las prácticas de acuerdo con la eficacia demostrada de los tratamientos.

Figura 5: Decisiones a tomar en el curso del tratamiento.



En el proceso de tratamiento nos hemos de plantear una serie de decisiones cuyo desenlace nos puede guiar a lo largo del tratamiento. En [la figura 5: Decisiones a considerar en el progreso de la fase de tratamiento](#) se muestra el conjunto de decisiones que consideramos más relevantes desde el inicio del tratamiento hasta la finalización del mismo, después de la fase de seguimiento. En el esquema, al igual que en el anterior, las preguntas que nos hemos planteado nos llevan, en caso de que la respuesta fuera afirmativa, a proseguir en el desarrollo de nuestro plan y a enfrentar las siguientes decisiones observando las sugerencias que nos ofrecen. Si la respuesta es negativa se nos plantea algunas soluciones que nos permitan volver a contestar afirmativamente a la pregunta previa y proseguir. Las decisiones a considerar en el tratamiento desde esta perspectiva serían:

¿El cliente acepta el plan de tratamiento, los objetivos a corto y largo plazo, los criterios de resolución de cada uno de los objetivos?

SI. Proceda secuencial o simultáneamente con cada objetivo de acuerdo con su plan de tratamiento. Anote los objetivos planteados en cada sesión así como los procedimientos y técnicas para lograrlos. Controle la evolución de la motivación y el compromiso del cliente respecto a objetivos y procedimientos.

NO. Aunque es su responsabilidad exclusiva fijar la secuencia de objetivos y los métodos para alcanzarlos, es conveniente estudiar las objeciones y alternativas del cliente. No acepte alternativas que lleven a postergar el enfrentamiento del problema. Opte por planteamientos (objetivos y técnicas) más lentos y seguros para evitar retrocesos al inicio.

¿El tratamiento alcanza los objetivos iniciales de acuerdo con los criterios acordados con el paciente?

Si. Proceda con el plan. Plantee los sucesivos objetivos. Registre los cambios minuciosamente.

NO. Replante los objetivos del tratamiento. Diseñe un procedimiento por pasos. Reevalúe la motivación del cliente y/o sus competencias iniciales para afrontar los objetivos.

¿Los objetivos logrados son valorados suficientemente por el paciente?

SI. Compruebe los criterios para alcanzar nuevos objetivos y siga el plan de tratamiento

NO. Replantee los criterios de logro de cada objetivo, fijando objetivamente dichos criterios. Logre un acuerdo sobre criterios de éxito y establézcalo por escrito.

¿Los nuevos comportamientos logran las contingencias deseadas (los refuerzos positivos o negativos) en el contexto del paciente?

SI: Los comportamientos que logran los objetivos del tratamiento se mantendrán de manera estable sólo si estos están reforzados regularmente por el propio contexto (con independencia de la acción del terapeuta).

NO: Trate de identificar junto con el paciente los beneficios que logra con sus nuevas formas de actuar y hágale ver la relación con su comportamiento. De otro modo reevalúe los objetivos del tratamiento.

¿La descripción que hace el paciente de su comportamiento en relación con el contexto se ajusta razonablemente a los hechos?

SI: Las atribuciones causales que hace sobre su comportamiento y sus consecuencias se adecúan razonablemente a los hechos. Son atribuciones internas y específicas.

NO: Analice el conjunto de cogniciones, pensamientos, atribuciones, creencias, reglas y demás descripciones de la persona. Pueden estar operando en sentido contrario a lo aprendido, a su propia experiencia.

¿La persona generaliza el comportamiento aprendido y lo transfiere a contextos similares al de aprendizaje?

SI: La persona está aprendiendo correctamente y lo aprendido le es de utilidad, se ajusta a los objetivos planteados inicialmente.

NO: Revise los objetivos y asegúrese de que mantiene la motivación para alcanzarlos; planifique y gradúe las situaciones de generalización y transferencia; controle el miedo al cambio; revise las cogniciones incoherentes con su propia capacidad la de cambiar.

¿El paciente progresa en el autocontrol de su problema?

SI: La persona es capaz de evaluar por sí misma el riesgo, y decidir por sí misma las alternativas adecuadas para afrontar el problema acorde con la magnitud del mismo y sus propias habilidades.

NO: El paciente atribuye la solución de sus problemas a la actuación del terapeuta y el alivio está asociado a la cercanía del terapeuta. Dirija ahora la terapia al cambio de las atribuciones causales sobre el éxito del tratamiento. Refuerce, moldeando, las demostraciones de autocontrol.

¿El seguimiento del caso cumple su función de control de recaídas y reafirmar lo aprendido?

SI: Se han espaciado progresivamente las sesiones, especificando las tareas de la sesión, reforzando el afrontamiento del problema. Se ha revisado el procedimiento en caso de recaída. Si es el caso, **fijar el final del tratamiento**

NO: El paciente trata de incorporar nuevos problemas y muestra dependencia del terapeuta. Ha tenido dificultades después de una recaída generalizando el error. En este caso hay que **retrotraer el procedimiento reconsiderando cada uno de los puntos previos hasta identificar la pregunta contestada en falso o tratando exnovo los problemas planteados.**

¿Ha fijado los criterios de FINALIZACIÓN DEL CASO?

SI: respecto a las quejas y malestar del cliente, respecto a los objetivos durante el tratamiento y respecto a la generalización y autocontrol de lo aprendido durante el tratamiento y el seguimiento.

NO: Revise las quejas y demandas del cliente, los objetivos del tratamiento y la capacidad de autocontrol del cliente al respecto y, si cumple los criterios, finalice el tratamiento.

FIN DE TRATAMIENTO

5.1. La planificación del tratamiento por objetivos.

La razón fundamental por la que se sugiere un tratamiento por objetivos es poder evaluar su eficacia. Como ya se ha señalado la evaluación de la eficacia tratando de mejorar progresivamente la intervención clínica acorde con los planteamientos científicos es un objetivo irrenunciable desde nuestra perspectiva. Por otra parte planificar el tratamiento fijando objetivos permite ordenar la intervención y modificar los procedimientos si concluimos que no son eficaces en el caso. Finalmente fijar objetivos y los criterios de su consecución permite tanto al cliente como al terapeuta valorar con evidencia los resultados.

5.2. La elección de las técnicas en función de las competencias básicas de la persona y de los tipos de aprendizaje que mantienen el problema.

Las técnicas de cambio clínico son procedimientos basados en uno o mas procesos de aprendizaje como ocurre en la mayoría de los procesos formativos en humanos. Los aprendizajes perceptivos, operantes vicarios e instruccionales suelen estar mezclados en cada técnica o procedimiento, dado que el ser humano es social vive en un entorno cultural y usa el lenguaje en cualquier lugar.

En general se dispone de un buen número de técnicas para cada uno de los variados propósitos del caso y, sobre todo, se dispone de un amplio número de variantes de cada técnica descritas en estudios de caso. Las personas que acuden a tratamiento tienen diferente nivel de formación y sus habilidades perceptivas, verbales, espaciales, de comunicación son diferentes. Así pues, se recomienda elegir técnicas o adaptar variantes de la mismas que se ajusten a las competencias de la persona en tratamiento.

Se considera que, en un momento dado, cualquier conducta se puede cambiar en su frecuencia o intensidad, mediante cualquiera de los tipos de aprendizaje disponibles de manera independiente del tipo de aprendizaje con el que originalmente se aprendió. Por ejemplo se puede modificar mediante condicionamiento una conducta compleja como el miedo que se hubiere aprendido mediante aprendizaje vicario. Otra cuestión es determinar qué tipo de aprendizaje utilizar para modificar una conducta que, actualmente, está siendo mantenida en su frecuencia o intensidad mediante un determinado tipo de aprendizaje. Pongamos el caso de un niño que sufre un tic en el ojo que consiste en una alta frecuencia de parpadeo. Si el AF nos indica que dicha conducta está siendo mantenida por condicionamiento operante de reforzamiento positivo, en el que se sugiere que el reforzador podría ser la atención al tic de los familiares y adultos, la sugerencia de los protocolos de intervención clínica es utilizar el mismo tipo de condicionamiento en un procedimiento de extinción, por ejemplo, retirando la atención al tic de los adultos.

5.3. Las técnicas de intervención como procedimientos ingeniosos ajustados al caso para lograr los objetivos terapéuticos.

Como ya se ha dicho, se deben utilizar técnicas de intervención basados en aquellos tipos aprendizaje que, en el momento de la intervención, están operando sobre las conductas clínicamente relevantes. Sin embargo en el tratamiento psicológico se aplican técnicas más o menos ingeniosas basadas en los variados procesos de aprendizaje. Por ejemplo, para extinguir la distracción en un estudiante en su hora y media de estudio diario, se le pide que mientras estudie, haga cuantas tareas alternativas o distractoras desee. Sin embargo ha de respetar una condición inexcusable: ha de anotar la hora y la tarea antes de llevarla a cabo y, al ponerse de nuevo a estudiar, volver a anotar la hora. Le explicamos que, sólo si estamos seguros de que pretende ser más eficaz en su hora y media de estudio diario, le ayudaremos O bien en otro caso, formularle al individuo una pregunta es más eficaz, en algunos casos, que darle un instrucción clara y precisa. Lo mismo ocurre con las instrucciones paradójicas. La sugerencia que se hace en todos los manuales de intervención clínica es que hay que ajustar la técnica elegida a las características del caso para que la persona no tenga dificultades para llevarla a cabo. En definitiva hay que asegurar que el procedimiento logra el objetivo.

5.4 Generalización, transferencia y autocontrol.

Aprender un nuevo comportamiento que logra mejor adaptación al contexto es el inicio de la solución de los problemas del caso (por ejemplo, aprender a sonreír

mostrando afecto y no burla o desprecio). **Generalizar** dicho comportamiento a situaciones semejantes y discriminar cuando no es conveniente utilizar la nueva respuesta aprendida mejora el rendimiento (Por ejemplo el caso refuerza las muestras de simpatía y acercamiento de personas de su entorno y no los comentarios neutros o críticos). Un caso especial que muestra al terapeuta el progreso de la persona es cuando fuera de toda programación ésta refiere que ha **transferido** lo aprendido en situaciones concretas en el curso del tratamiento a las múltiples situaciones en las que ni siquiera había constatado que tuviera dificultades, aplicando correctamente la relación aprendida (por ejemplo la persona logra iniciar y mejorar la relación con un viejo conocido que cada vez con mayor frecuencia expresa su agrado). Generalizar y transferir forman parte esencial del tratamiento concreto. El último paso de este proceso es provocar en la persona autocontrol, es decir, el automanejo. Ser capaz de dirigirse a sus propios objetivos y, frecuentemente, lograrlos o revisarlos.

El tratamiento cognitivo conductual tiene como objetivo no solo ayudar a una persona a resolver su problema puntual sino, en muchos casos, guiar a una persona indefensa que se queja, que no comprende que le pasa y no sabe qué hacer para resolver y que, después del periodo de tratamiento, pasa a ser una persona que ha comprendido su problema, se ha comprometido en su solución, ha percibido que ha dejado atrás su sentimiento de incapacidad y sufrimiento, ha aprendido a resolver sus problemas con ayuda y, ahora, está tratando de enfrentar por sí misma el futuro, con lo aprendido en el tratamiento.

Inducir autocontrol puede ser el procedimiento general para protegerse en caso de dificultades y convertirse en una persona responsable y capaz.

6. EL PLAN DE SEGUIMIENTO.

Desde esta perspectiva nos hemos impuesto en toda intervención clínica planificar una serie de sesiones de tratamiento con el ánimo de evaluar las últimas fases del tratamiento, aquellas que realmente demuestran su éxito: control de recaídas, del afrontamiento de los problema y dificultades de transferencia y generalización. Se trata de planificar y registrar lo que realmente se hace en sesión porque generalmente no se hace nada sino constatar que el caso no sólo no presenta los síntomas (conductas indeseadas) sino que ni sufre ni se siente incapaz de afrontar los problemas de su propia vida. El registro contribuye al control experimental del tratamiento.

La segunda gran tarea de un plan de tratamiento es inducir autocontrol. Comportarse con autocontrol es conducirse a las metas que uno mismo se plantea, modificando el nivel de logro pretendido o los procedimientos para alcanzarlas. Se trata de enseñar y practicar autocontrol como una herramienta general que facilita el ajuste al cambiante mundo en el que vivimos y previene los futuros problemas.

6.1. Cronograma de las sesiones, control de recaídas y refuerzo del afrontamiento y generalización.

El número de sesiones de seguimiento suele ser muy variado pero se recomienda que no sean menos de 4 sesiones, progresivamente espaciadas, de manera que el tiempo total de seguimiento oscile entre 2 y 3 meses. Es importante fijar al comienzo del seguimiento, el tipo de registros y pruebas que se pretende hacer para constatar el éxito del tratamiento después de que éste, como tal, ha terminado.

Las dos tareas imprescindibles en esta fase son controlar las posibles recaídas y observar como las afronta y resuelve el cliente. La labor del terapeuta no es sino reforzar el afrontamiento del problema y favorecer la exposición a situaciones nuevas, similares a las entrenadas en sesión, en las el cliente compruebe sus

actuales habilidades, aprendidas en las sesiones de tratamiento, para que finalmente desaparezcan sus sentimientos de incapacidad.

7. COMENTARIOS FINALES A LA CONSTRUCCIÓN DE PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS Y DE LA SALUD.

Como se señalaba al comienzo de este documento el objetivo del mismo es exponer una síntesis de lo que se entiende por una aproximación al tratamiento psicológico y al proceso de intervención que se propone desde la perspectiva cognitivo conductual.

Somos conscientes de que son posibles otras síntesis más completas abarcando mas posiciones en el amplio campo de la intervención psicológica. Pero nuestro ánimo no ha sido otro que ofrecer unas pinceladas de lo que constituye el tratamiento psicológico que permita delimitar el tipo de protocolos que ofrecemos desde el Máster de Psicología de la Salud de la UAM. En la bibliografía que proponemos a continuación se pueden encontrar documentos que podrían ser síntesis válidas de un protocolo de intervención clínica de la perspectiva cognitivo conductual. Como ya hemos señalado al inicio de estas páginas esperamos poder obviar la coetilla “desde la perspectiva u orientación ... “ para decir: *Protocolo General de Intervención Psicológica en Clínica y Salud*.

Esperamos que aquellos psicólogos comprometidos en la construcción de **Protocolos específicos de intervención psicológica** encuentren una guía para llevar a cabo su trabajo.

Actualmente en psicología se plantean dudas respecto a si es correcto plantearse protocolos de intervención específicos ajustados a las categorías diagnósticas imperantes en el mundo de la salud. El problema se plantea en torno a dos cuestiones. La primera se refiere al hecho de que un protocolo estuviera constituido por un mero listado de recetas o procedimientos técnicos sin un análisis del caso. La segunda hace referencia al hecho de que las categorías diagnósticas son sistemas de clasificación y etiquetado que facilitan la comunicación interprofesional para la descripción sintética de la sintomatología de los casos que no siempre son buenas descripciones de los denominados problemas psicológicos.

La alternativa a los protocolos específicos sería construir una única guía de los problemas psicológicos de salud. Es decir, fijar lo que algunos llaman la aproximación psicológica al problema, dado que las actuales categorías diagnósticas no conllevan protocolos de intervención asociados a la categoría. Se asume que la clasificación (DSM-) por agrupación de los síntomas considerando su intensidad y cronificación, no aporta ninguna indicación sobre las estrategias de tratamiento ni sobre la tecnología psicológica a emplear en el mismo. El problema es grave pero hay que admitir que por ahora no existe una alternativa de clasificación funcional estable y consensuada por los psicólogos clínicos.

A pesar de las críticas a los protocolos de intervención psicológica basados en categorías diagnósticas, en diversos documentos se han plasmado las ventajas de tener descritos los procedimientos de actuación psicológicos. Desde nuestro punto de vista, el principal problema que resuelven los protocolos es, llegar a saber que hacen los compañeros de profesión cuando enviamos un caso para su tratamiento, con independencia de que cada profesional adapte el procedimiento al caso. Por ahora, incluso para los propios psicólogos, resulta difícil mandar un caso al psicólogo y estar razonablemente tranquilo respecto a lo que éste hará para resolverlo. Contar con su adscripción a unos determinados protocolos de actuación ayuda a desentrañar estas incógnitas.

Aunque relacionada con la anterior, la razón más importante por la que debemos contar con protocolos clínicos es la demanda del nuevo usuario de los servicios

psicológicos. Hasta hace unos años la labor del psicólogo clínico se realizaba sobre clientes con cronicidad superior a los 6 meses, que llegaban mediante un sistema persona a persona a la consulta del profesional. La psicología clínica era un remedio para casos en los que otras alternativas terapéuticas habían fracasado. Actualmente la psicología se ha popularizado y la demanda se ha generalizado. Con frecuencia la persona directamente considera que el psicólogo puede resolver su problema y consulta por problemas que le han surgido recientemente. No sólo los propios clientes sino diversos profesionales de todos los ámbitos recomiendan tratamientos psicológicos. Los nuevos usuarios requieren que se les asegure buenas prácticas profesionales y métodos objetivos de contraste de las mismas. Consideramos que los protocolos son una buena herramienta para ambos propósitos.

BIBLIOGRAFÍA:

La bibliografía recomendable para este protocolo general de intervención está esparcida en los primeros capítulos de la mayoría de los manuales de intervención psicológica. Son manuales en cuyos títulos aparecen las palabras Psicología Clínica, Psicología de la Salud, Evaluación Psicológica, Técnicas de Terapia o Modificación de Conducta. Con desigual desarrollo en los capítulos introductorios se establece que es un tratamiento psicológico, como se lleva a cabo la evaluación y el tratamiento de un caso con independencia del tipo de problema o queja que presente la persona. En algunos de ellos se da una explicación de cómo surgen y se mantienen los problemas psicológicos. Solo reseñaremos unos pocos de los numerosos manuales que ajustándose al planteamiento del Master de Psicología de la Salud de la UAM incluyen el tema con cierta extensión sin tener en consideración el momento de su edición:

Fernández Ballesteros, R (2011) **Evaluación Psicológica**. Conceptos métodos y estudio de casos. Pirámide. Madrid

Esta autora, Catedrática de Psicología de la UAM, ha editado una serie de manuales de Evaluación desde 1983 en los que se incluye una serie de capítulos iniciales sobre el tema que nos ocupa. La evolución de esos primeros capítulos es la evolución de los últimos treinta años de la concepción de la evaluación e intervención psicológica. En los capítulos de estos libros han participado numerosos autores intentando actualizar en cada momento los conocimientos sobre evaluación en diversos tipos de trastornos. En esta reciente versión del libro muy diferente de la primera se enfatizan tres cuestiones que interesan especialmente al propósito de este texto: el proceso de evaluación, la comunicación de resultados y la valoración del tratamiento de un caso.

Labrador F. J. (2008) **Técnicas de Modificación de conducta** Pirámide. Madrid.

Es un texto que evoluciona a partir de un manual previo editado por Labrador, Cruzado y Muñoz del mismo título en 1993. En los capítulos iniciales se puede encontrar la concepción del caso clínico y el modo general de afrontarlo.

Martin, G y Pear, J. (2007). **Modificación de conducta**. Qué es y cómo aplicarla. Madrid. Pearson.

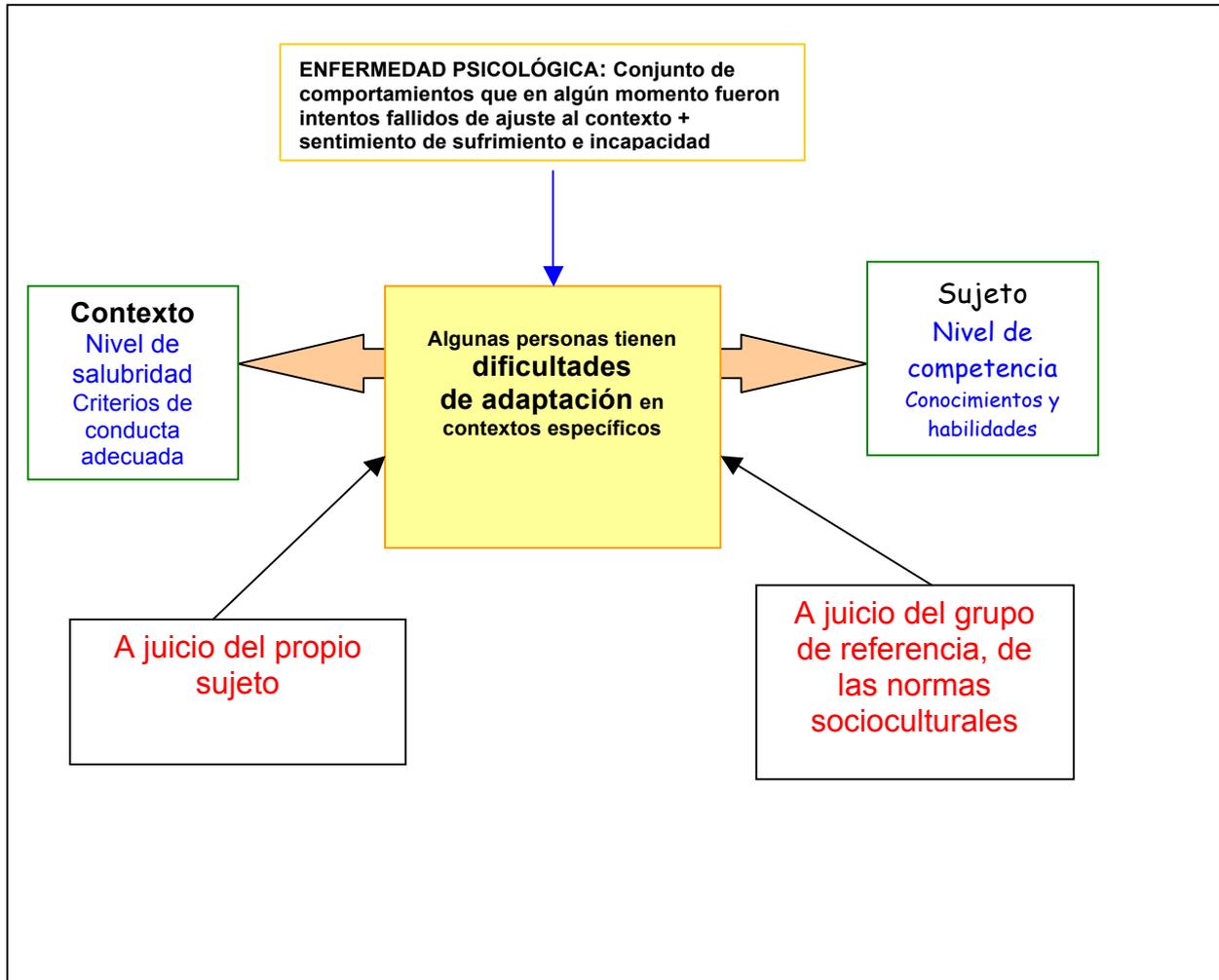
Se viene editando desde 1983 y la última edición en inglés es de 2010. En este libro hay varios capítulos dedicados al tema que nos ocupa. Presenta una visión muy clara de la aproximación a la clínica desde una perspectiva conductual.

Reseñamos a continuación las referencias mencionados en el texto sobre Evaluación de programas y estudios de casos e informes periciales .

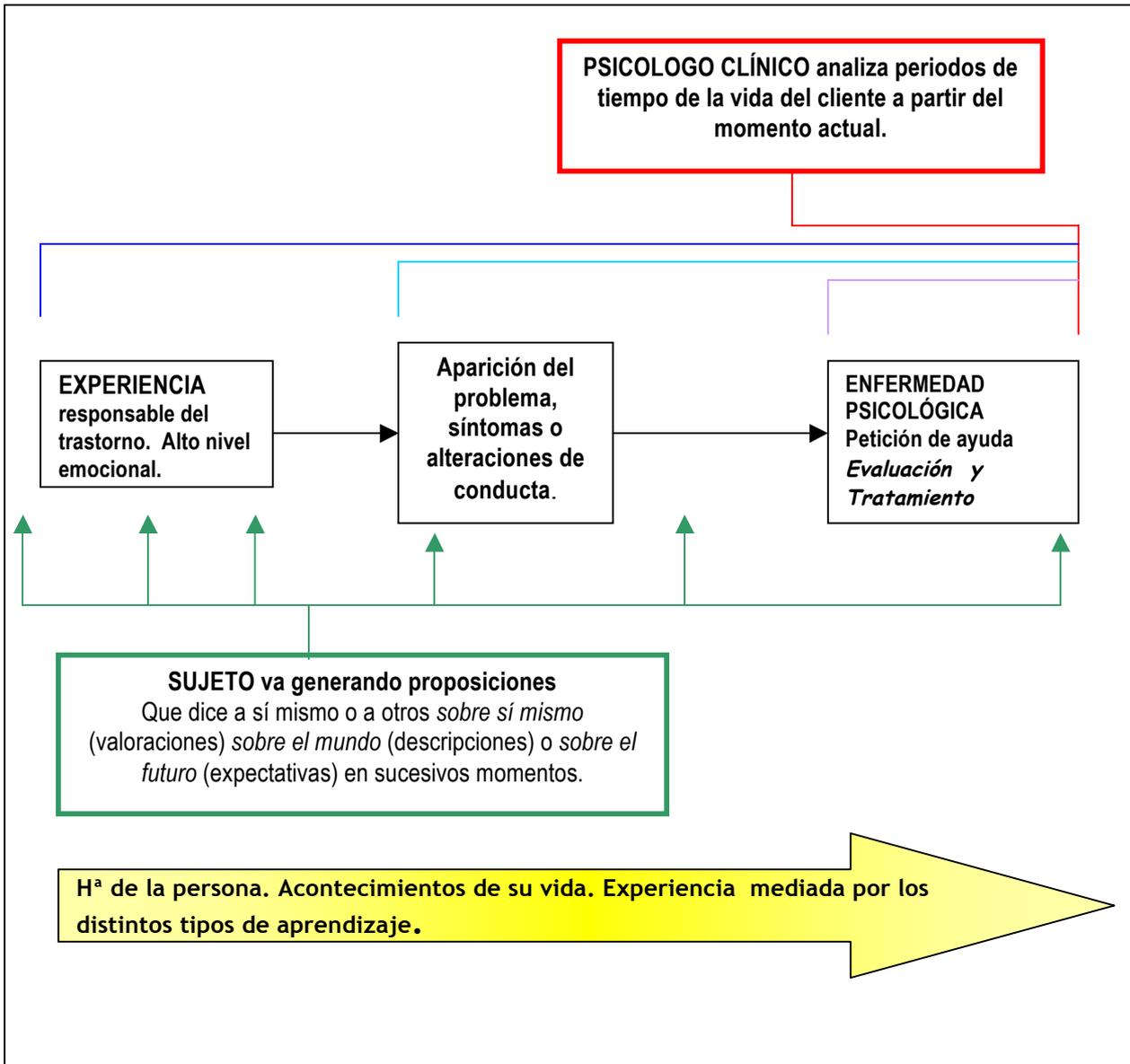
Albarrán, J. (1998). El informe pericial psicológico en los procesos civiles y laborales. Aspecto teórico de la intervención del psicólogo. En Albarrán, J. (Coord.) *Peritaje psicológico en procedimientos civiles y laborales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 13-49.

R. Fernández-Ballesteros (Dir.): *Evaluación de programas*. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de *salud* Madrid: Ed. Síntesis

Esquema 1. La enfermedad psicológica se manifiesta en el comportamiento de la persona como conjunto de intentos fallidos y conjuntamente con sentimiento de incapacidad, fracaso y dolor. Si el contexto es salubre (resulta fácil conseguir reforzadores) la adaptación es fácil y aún con muy escasas competencias cualquier individuo logra adaptarse. En contextos insalubres (con gran restricción de reforzadores) individuos con grandes recursos presentan intentos fallidos de adaptación.



Esquema 2: El momento del origen del problema puede estar lejos del momento en que el individuo pide ayuda psicológica. Los intentos *fallidos* de adaptación y las propias reflexiones sobre sus dificultades para resolverlo pueden agravarlo. El psicólogo **desde el momento actual** trata de entender el problema del paciente mediante el proceso de evaluación.

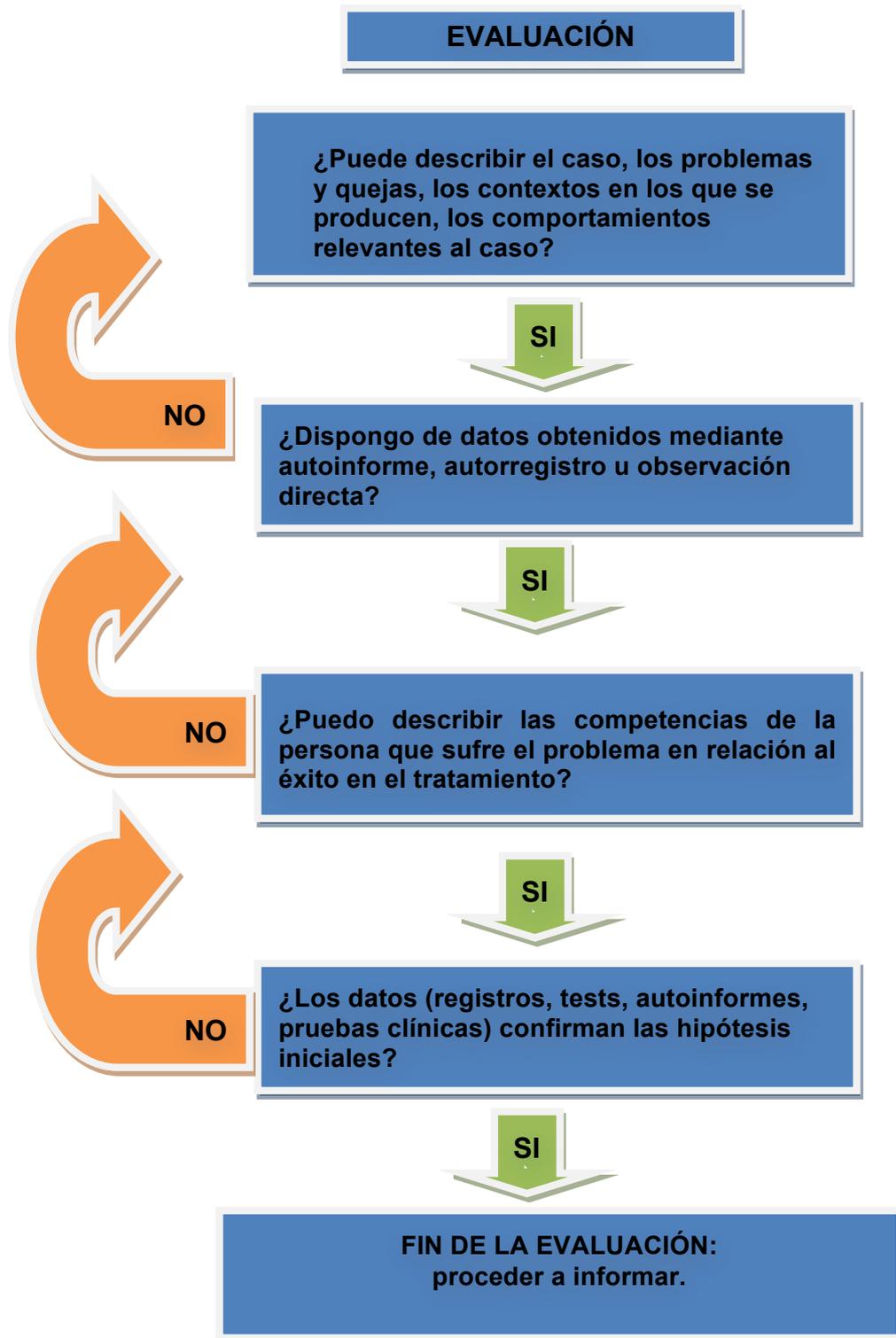


Esquema 3: El conjunto de comportamientos que constituyen el problema psicológico y son objeto de análisis, pueden estar controlados de diferentes maneras.

EL COMPORTAMIENTO PROBLEMA

6. El comportamiento problema está *siempre* controlado por las *contingencias actuales* del contexto.
7. El comportamiento problema puede estar *controlado, en parte, por las reglas* o autoproposiciones del sujeto aprendidas en un momento anterior de su historia.
8. Si el *comportamiento problema* se produce en *cualquier contexto* (también en el clínico) es probable que esté controlado por reglas.
9. Si la conducta problema no se produce en el contexto clínico *se puede reproducir en el mismo mediante simulación* (presentación de estímulos desencadenantes).
10. El comportamiento problema puede estar sometido en el momento *actual a diversos tipos de aprendizaje*.

Esquema 4: Decisiones a tomar en el curso de la evaluación inicial del caso para el diagnóstico o la explicación funcional del problema



Esquema 5: Decisiones a tomar en el curso del tratamiento.

