EVALUACION: COMPRENSION DE LOS INDIVIDUOS Y LOS CONTEXTOS

INTRODUCCIÓN

A Raymond lo llevó su madre a la clínica psicológica después de que lo sorprendieron robando en una tienda local. Éste fue el primer delito de Raymond, y como todavía tenía 15 años de edad se le consideraba menor, por lo que no fue procesado por sus actos. Sin embargo, su madre está muy preocupada porque siente que este problema es uno más de los varios que presenta Raymond. Cuando llamó a la clínica informó que su hijo se enojaba con frecuencia y que no podía controlar su temperamento extremadamente violento. Recientemente hizo un agujero en la pared de su casa durante una pelea con su madre. Ésta lo describió, además, como hosco, solitario y desdichado. Falta con frecuencia a la escuela y pasa sus días solo en casa, jugando videojuegos, mirando televisión y durmiendo.

Suponga el lector que es un psicólogo clínico al que le han asignado trabajar con Raymond. ¿Qué desearía saber acerca de él para ayudarlo con esos problemas? Sería importante considerar una serie de preguntas. ¿Cuáles son sus problemas actuales y los posibles recursos con que cuenta para poder manejarlos? ¿Qué información acerca de su pasado podría ser relevante para entender los problemas presentes? ¿Qué factores en su ambiente actual pueden estar contribuyendo a los problemas de Raymond?

¿Existe alguna persona cercana a él que pueda ayudarlo a resolver esos problemas? y ¿Cuál podría ser la conducta de Raymond en el futuro? De acuerdo con su propia experiencia y sus ideas, usted pudo haberse formulado algunas corazonadas relacionadas con los problemas de Raymond. Sin embargo, los psicólogos clínicos cuentan con un equipo único para examinar en forma sistemática esos asuntos mediante procedimientos cuidadosamente desarrollados y evaluados en su campo.

El primer paso de quien intenta ayudar a cualquier individuo es obtener información y conocimiento acerca de esa persona, un proceso que los psicólogos clínicos conocen como evaluación. Responder las preguntas planteadas es parte del proceso que debe seguirse para obtener información acerca de Raymond y tomar varias decisiones importantes . Esas decisiones incluyen la de si Raymond necesita tratamiento psicológico y, en caso afirmativo, qué tratamiento específico sería el más útil. Los psicólogos clínicos toman esas importantes

decisiones sólo después de obtener información abundante, sólo después de conducir una minuciosa evaluación psicológica. Además, los psicólogos clínicos toman esas decisiones basados en la teoría y la investigación psicológica presentada en los capítulos introductorios. Dos de los casos de estudio, Jasan y María, se utilizarán para ejemplificar el proceso de evaluación.

LA DEFINICIÓN DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

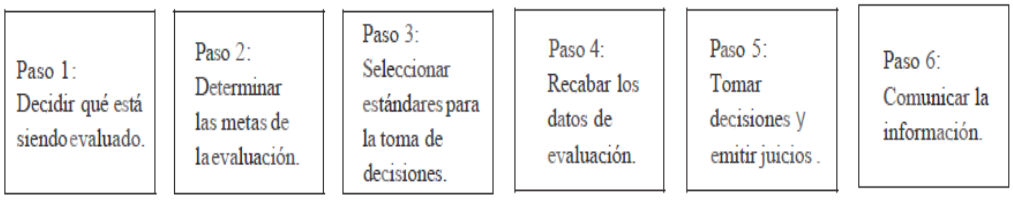
Todos se forman impresiones de otras personas en su vida cotidiana. Se forman imágenes y se formulan juicios acerca de la gente en una variedad de dimensiones, incluyendo aspectos de su personalidad y de sus competencias y debilidades. Este proceso de formación de impresiones es a menudo automático y la gente rara vez piensa en él. Los psicólogos clínicos también se forman impresiones de la gente, pero al hacerlo siguen un conjunto organizado y sistemático de procedimientos , es decir, siguen una evaluación psicológica. La evaluación psicológica clínica se define como el proceso en el cual se recoge, de manera sistemática, información acerca de una persona en relación con su medio ambiente de forma que puedan tomarse decisiones, basadas en esta información, que van en el mejor interés del individuo. Como se mostrará en la figura 6.1, este proceso se caracteriza por una serie de seis pasos.

Primero, el psicólogo formula una pregunta o conjunto inicial de preguntas. Esas preguntas por lo general se desarrollan como una respuesta a una petición de ayuda hecha por un individuo o por otros que hablen por él (por ejemplo, un familiar, padre o médico preocupados). Esas preguntas iniciales proporcionan un punto de partida para recabar información. Segundo, el psicólogo genera un conjunto de objetivos para reunir la información, esto es, lo que espera lograr durante el proceso de evaluación. Los objetivos de la evaluación se ven influenciados por la teoría psicológica particular que guía al psicólogo (véase capítulo 4). Esas teorías guían al psicólogo para reunir ciertos tipos de información e influyen en las decisiones y juicios que realizan con base en esta información.

Figura 6.1

Pasos en el proceso de evaluación

Figura 6.1
Pasos en el proceso de evaluación



El tercer paso en el proceso de evaluación implica la identificación de estándares que servirán para interpretar la información reunida. Para tomar decisiones y formular juicios acerca de una persona, el psicólogo debe tener un conjunto de criterios. Esos estándares pueden implicar la comparación del individuo con una muestra relevante de otras personas (estándares normativos) o comparar a la persona consigo misma en otro punto del tiempo (estándares autorreferidos). Cuarto, el psicólogo debe obtener los datos relevantes. Este paso incluye obtener información acerca de la persona y el ambiente, así como describir y registrar con cuidado lo que se observa. La información puede obtenerse usando cualquiera de las docenas de métodos diferentes, incluyendo entrevistas, pruebas psicológicas y observaciones directas de la conducta. El quinto paso en el proceso de evaluación involucra tomar decisiones y emitir juicios a partir de los datos recogidos. Esas decisiones y juicios pueden incluir un diagnóstico formal, un análisis funcional de la conducta presente o una predicción acerca de la conducta futura. Por último, el psicólogo debe comunicar a otros esos juicios y decisiones, por Jo general en la forma de un reporte psicológico.

La teoría y la investigación psicológicas son los dos factores principales que moldean el proceso de evaluación clínica y que lo hacen más sistemático que la manera en que la gente se forma impresiones de los demás en la vida cotidiana. Las teorías orientan a los psicólogos en la formulación de ciertos tipos de preguntas o hipótesis y en la búsqueda de ciertos tipos de información. Un marco teórico da forma al tipo de información que, probablemente, sea de interés, las herramientas y los métodos utilizados para obtener esta información, y la forma en que la información se interpreta o entiende una vez obtenida. Por ejemplo, los tipos de métodos de evaluación que demostrarán serán útiles a un psicólogo psicoanalista serán muy diferentes de las técnicas que resultarán de utilidad a un psicólogo conductista. Mientras que un psicólogo psicoanalista requerirá información acerca de la dinámica inconsciente que subyace a la

conducta y a la estructura de la personalidad (Exner, 1997), un psicólogo conductista buscará información acerca de las condiciones de estímulos antecedentes y consecuentes en el ambiente que preceden y siguen a la conducta (Beck, 2000). Independientemente de su orientación teórica, los psicólogos clínicos necesitan utilizar procedimientos y medidas de evaluación que hayan demostrado, en la investigación empírica proporcionar información precisa y verdadera, es decir, los métodos de evaluación deben generar información confiable, válida y útil para tomar decisiones clínicas.

EL PROCESO DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

PASO 1: DECIDIR QUÉ SE VA A EVALUAR

El proceso de evaluación comienza con una serie de preguntas: ¿existe un problema psicológico importante?, ¿cuál es la naturaleza del problema de esta persona?, ¿cuál es la causa principal del problema, emocional, de pensamiento o de conducta?,

¿Cuáles son las posibles causas del problema?, ¿cuál será el probable curso del problema si no se trata?,

¿Y si es tratado?, ¿qué tipos de tratamiento serán los más útiles? Además de los problemas identificados, ¿cuáles son las fortalezas y competencias que caracterizan a este individuo?

Esas preguntas provienen, en parte, de las preocupaciones presentadas por el cliente y se denominan las ″preguntas de canalización″, preguntas que llevaron a que el cliente fuera canalizado al psicólogo. Por ejemplo, en el caso descrito al inicio de este capítulo, la madre de Raymond pidió ayuda específica con respecto a la conducta agresiva de Raymond y su episodio reciente de robo en la tienda. También preguntó si la agresión y los robos de Raymond se relacionaban con su infelicidad y su aislamiento social. Como se refleja en este ejemplo, las preocupaciones expresadas por los clientes a menudo se vinculan con un acontecimiento reciente (en este caso, el robo en la tienda). Sin embargo, el suceso reciente puede representar el último paso de un problema más antiguo. Por ejemplo, es probable que un individuo que ha experimentado miedo a volar busque tratamiento a ese miedo sólo cuando, debido a un cambio en sus responsabilidades laborales, requiera realizar viajes frecuentes en avión. Los antiguos métodos que utilizaba para evitar los viajes aéreos ya no son eficaces por lo que el cliente se ve obligado a afrontar esos temores de una manera diferente. O recuérdese el caso de Phillip, cuyo nuevo trabajo lo obliga a realizar presentaciones orales, actividad que había podido evitar de manera exitosa en su trabajo anterior. En el caso de Raymond, su robo en la tienda era sólo

uno de varios problemas. Nació con varios defectos congénitos, incluyendo una malformación en la columna y la deformidad de una de sus piernas. Cuando niño faltó mucho a la escuela debido a varias cirugías y hospitalizaciones. Como resultado de esos problemas, no logró desarrollar vínculos amistosos con sus compañeros, por lo que se convirtió en una persona cada vez más solitaria y aislada. Sus problemas actuales incluyen el aislamiento social, el ausentismo escolar y las dificultades para manejar sus estados de ánimo de tristeza y enojo.

Las preguntas y preocupaciones que un cliente plantea en el momento de la canalización no necesariamente cuentan la historia completa. Es poco probable que un cliente esté al tanto de toda la información que puede ser relevante para un psicólogo al formular la comprensión del problema. Es más, es probable que por diversas razones el cliente, a propósito o sin saberlo, oculte información al psicólogo. Es importante reconocer que los psicólogos clínicos no pueden usar simplemente la intuición y el juicio subjetivo para identificar los complejos factores que llevaron a una canalización o a una petición de ayuda. Más bien, el psicólogo clínico necesitará acudir a la teoría y a la investigación con el objeto de formular un conjunto más completo de preguntas iniciales para guiar la evaluación formal.

¿Qué desea saber el psicólogo acerca de una persona que busca ayuda? Las teorías más actuales de la conducta humana reconocen múltiples niveles de funcionamiento que son relevantes para entender cualquier comportamiento. Por ejemplo, todas las emociones se asocian con procesos biológicos subyacentes, existen dentro de la conciencia del individuo (pero son privadas) y están ligadas a algún tipo de acontecimiento antecedente consecuente observable, ya sea externamente en el ambiente o internamente dentro de la experiencia del individuo (Cacioppo y Gardner, 1999). Además, muchas teorías consideran que esos procesos son interdependientes y se relacionan de manera recíproca (por ejemplo, Bandura, 1989, 1997; Lazarus, 1991, 1995, 1999; Zajonc, 2000). Por ejemplo, los procesos biológicos son influidos por los acontecimientos ambientales, los pensamientos son afectados por los procesos biológicos subyacentes, y los pensamientos influyen en la conducta. Sin embargo, también es igualmente cierto que los estados biológicos pueden condicionar ciertos acontecimientos en el medio ambiente, que el pensamiento puede afectar la biología y que las acciones pueden influir en la forma en que pensamos. De hecho, algunos de los estudios más interesantes dentro de la medición psicológica involucran la identificación de relaciones fascinantes e importantes entre la fisiología y los pensamientos, las emociones y la conducta (por ejemplo, Cacioppo, Bernston y

Anderson, 1991; Ito y Cacioppo, 2001).

La implicación de esas complejas relaciones para la evaluación psicológica es clara, ya que el psicólogo debe evaluar al cliente y sus problemas a niveles diferentes, incluyendo aspectos de la persona y el ambiente en el que funciona. Los aspectos principales de la persona que son posibles objetivos de evaluación son los procesos biológicos, las cogniciones, las emociones y la conducta. Los procesos biológicos y psicofisiológicos incluyen la reactividad del ritmo cardiaco, la presión sanguínea, la respuesta galvánica de la piel, la tensión muscular, la excitación sexual, la respuesta de sobresalto y el seguimiento ocular del movimiento (Sturgis y Gramling, 1998). Los procesos cognitivos incluyen el funcionamiento intelectual, las percepciones de sí mismo, las percepciones de otros, las creencias acerca de las causas de los acontecimientos, y las percepciones de contingencia y control (Kaufman, Kaufman, Lincoln y Kaufman, 2000). Los procesos emocionales que son el punto central de la evaluación incluyen los estados de ánimo actuales, los niveles característicos de las emociones y la reactividad emocional (Merrell, 1999). Finalmente, las medidas de la conducta abierta incluyen el desempeño en tareas estandarizadas, observaciones de la conducta en situaciones simuladas, y observación de la conducta en el ambiente natural del cliente (Beck, 2000).

Además de esos diversos aspectos de la persona susceptibles a ser evaluados, el ambiente también es multifacético, y obliga a los psicólogos a elegir entre varios niveles de enfoque. Esos niveles de enfoque incluyen distinciones entre el ambiente inmediato, intermedio y distante (Bronfenbrenner, 1999; Friedman y Wachs, 1999), así como rasgos objetivos contra rasgos subjetivos o percibidos del ambiente. Los rasgos próximos, o inmediatos, del ambiente incluyen el ambiente familiar del cliente y las características del escenario escolar o laboral. Los niveles intermedios del ambiente se refieren a la región geográfica en la que reside el individuo (urbano contra suburbano contra rural; el noreste frente al sudoeste de Estados Unidos, etcétera). Por último, el ambiente distante, o más amplio, incluye el ambiente geográfico y sociocultural general en el que vive el cliente.

La distinción entre el ambiente objetivo y subjetivo también es importante. Considérese, por ejemplo, las características de una familia en la cual la madre experimenta un episodio de depresión mayor. Es probable que los miembros de esa familia reporten altos niveles de conflicto y discordia, especial mente entre los padres (por ejemplo, Goodman y Gotlib, 1999; Cummings y Davis, 1994; Gotlib y Goodman, 1999). Es posible que los niños de esa familia

describan a su madre como emocionalmente distante y propensa a periodos de irritabilidad e ira. Sin embargo, es poco probable que los miembros de la familia coincidan en cuán a menudo ocurren esas conductas o acerca de sus causas. La madre puede discrepar más que los otros miembros de la familia en sus percepciones de las interacciones familiares. Más aún, los reportes de los miembros de la familia tal vez no coincidan con las observaciones de un espectador externo sobre esas mismas interacciones familiares.

A pesar de la importancia potencial de diferentes aspectos del individuo y el ambiente, los psicólogos no pueden evaluar todos esos factores para u n solo caso. Tanto el tiempo como el costo involucrados en la realización de una evaluación extensiva serían prohibitivos. E incluso si fuera posible, sería un mal consejo para el psicólogo clínico sobrecargarse con demasiada información acerca del cliente. El psicólogo que busca entender los problemas de un individuo encontraría difícil, o imposible, distinguir entre la información relevante de la que es superflua o innecesaria. La orientación teórica del psicólogo desempeña un papel crucial pues orienta su labor para obtener ciertos tipos de información y para ignorar otros aspectos de la persona o el ambiente.

PASO 2: DETERMINAR LOS OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

El segundo paso en el proceso de evaluación clínica es la formulación de los objetivos del psicólogo en un caso particular. Una vez más, los psicólogos se enfrentan con una serie de elecciones a medida que llevan a cabo el proceso de evaluación. Los objetivos pueden incluir clasificaciones de diagnóstico, determinación de la gravedad de un problema, detección de riesgos de futuros problemas, evaluación de los efectos del tratamiento y predicciones acerca de la probabilidad de ciertos tipos de conducta futura.

Diagnóstico es, quizá, un término más familiar que evaluación en el trabajo de los psicólogos clínicos. Aunque la elaboración de un diagnóstico es una de las tareas en las que puede involucrarse un psicólogo, en realidad es un subconjunto del proceso más amplio de evaluación. Dentro del proceso de la evaluación psicológica, la tarea de diagnosticar implica que se aplican ciertos procedimientos o pruebas a un individuo para clasificar su problema y, si es posible, identificar las causas y prescribir el tratamiento. Los psicólogos por lo general realizan diagnósticos basados en los criterios del DSM –N.

Los diagnósticos se realizan por razones clínicas y económicas. Las decisiones diagnósticas a menudo son el primer objetivo del proceso de evaluación, debido a que pueden influir en muchas

de las otras decisiones siguientes. De manera óptima, un diagnóstico debería proporcionar información acerca de las características específicas, o síntomas, que la persona comparte con otros individuos que han presentado el mismo patrón de síntomas. Si los criterios para efectuar un diagnóstico particular son claros y se han evaluado con cuidado en este caso, el psicólogo podrá basarse en la investigación e información acerca de esos otros individuos. Además, con frecuencia se requiere que los profesionales del cuidado de la salud proporcionen un diagnóstico del problema tratado para obtener reembolso de una tercera parte, como las compañías de seguros y las organizaciones de manejo de la atención. A pesar de la validez y las debilidades del DSM -IV , es el sistema de clasificación más aceptado para generar diagnósticos de problemas psicológicos con el propósito de obtener el pago de una tercera parte (Maser, Kaelber y Weise, 1991).

Existe una relación cercana entre los procedimientos de evaluación y el sistema de diagnóstico que utiliza un psicólogo para comprender y clasificar la psicopatología (véase capítulo 5). Específicamente, la evaluación implica la identificación de los rasgos o las características que distinguen a casos individuales uno del otro, mientras que un sistema de diagnóstico supone el agrupamiento de casos individuales de acuerdo con los rasgos que los identifican (Achenbach, 1985, 1991; Achenbach y McConaughy, 1997). Cualquier sistema de diagnóstico, como el DSM -IV, debería especificar un método de evaluación que mida y cuantifique los síntomas o las características importantes de las diversas categorías o trastornos dentro del sistema de diagnóstico. El método de evaluación es la manera en que se operacionalizan diferentes categorías o trastornos, es decir, la forma en que se juzga que los síntomas están presentes o ausentes. De igual modo, cualquier método para medir los rasgos importantes de la gente (o de su ambiente) debería especificar cómo van a agruparse los individuos de acuerdo a la información generada por el método de evaluación. Un sistema de diagnóstico representa uno de los resultados de la evaluación, esto es, la clasificación de los individuos usando la información generada.

Las primeras versiones del DSM no especifican un método particular de evaluación para derivar diagnósticos. Sin embargo, desde la introducción del DSM -III en 1980, se han desarrollado varias entrevistas diagnósticas estructuradas para proporcionar formas sistemáticas de medir la presencia o ausencia, gravedad y duración de los síntomas especificados en el DSM. Esas entrevistas incluyen el Diagnostic Interview Schedule (Programa de entrevista diagnóstica),

(DIS; Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981) y la Structured Clinical Interview (Entrevista clínica estructurada) para el DSM (SICD; Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1992) así como entrevistas diagnósticas comparativas para usar con los niños y sus padres (por ejemplo, Schwab-Stone, Fallan, Briggs y Crowther, 1994). Si llegar a un diagnóstico psiquiátrico es una de las metas de la evaluación, el psicólogo debe utilizar los procedimientos de evaluación que proporcionen información útil para evaluar los criterios de diagnóstico definidos en la taxonomía. Una entrevista diagnóstica debe incluir una evaluación de toda la gama de síntomas comprendidos en las diversas categorías de diagnóstico dentro del sistema, así como indicadores del inicio, duración e intensidad o gravedad de cada síntoma.

La naturaleza categorial del DSM -IV lleva a los psicólogos a pensar de cierta manera en la gente y sus problemas. El énfasis está puesto en conjuntos de síntomas que se juzgan como presentes o ausentes, cumpliendo o no un conjunto predeterminado de criterios. Si el psicólogo no se dirige a la elaboración de diagnósticos categoriales, el énfasis puede estar más en la descripción de los individuos en una serie de dimensiones relevantes. Más que ser juzgadas como presentes o ausentes, esas dimensiones se miden y describen como asunto de grado. El estudio sobre los sistemas de clasificación, los sistemas categorial y dimensional no se excluyen mutuamente. Sin embargo, los psicólogos deben estar conscientes de que la elaboración de diagnósticos categoriales puede llegar a dominar su pensamiento acerca de sus clientes hasta excluir el pensamiento en términos más dimensionales.

Gravedad Llegar a un diagnóstico es con frecuencia un primer paso importante en la evaluación psicológica. Sin embargo, no es suficiente saber que un individuo cumple los criterios para un problema o trastorno particular, ya que pueden existir diferencias sustanciales entre individuos con un problema similar, un concepto conocido como heterogeneidad . Para tomar un ejemplo de la medicina, un diagnóstico positivo de cáncer de seno transmite una cantidad significativa de información acerca de una paciente, pero aún así existe una enorme variabilidad entre las mujeres con cáncer de seno en relación a la gravedad y extensión de la enfermedad. El cáncer de seno puede variar de un tumor pequeño y localizado (etapa 1) a un carcinoma que se ha esparcido a otras partes y sistemas del cuerpo, tales como el sistema linfático y la médula ósea (etapa IV). Es posible realizar distinciones similares con respecto a las diversas categorías diagnósticas del DSM -IV.

La discriminación de la gravedad de los problemas o trastornos requiere instrumentos y

métodos de evaluación sensibles a las variaciones en la frecuencia, intensidad y duración de síntomas específicos. Si un paciente cumple con los criterios de la depresión mayor, el psicólogo necesita recabar información adicional acerca del problema. Dicha información incluye el número de síntomas (de nueve) presentes, el número de episodios de depresión experimentados por el cliente, la duración de esos episodios, y cuáles de los nueve síntomas de depresión se encuentran presentes durante los episodios. Un factor importante en la determinación de la gravedad de un trastorno es el grado de deterioro presente en la vida diaria de la persona (Elkin et al., 1995). Por ejemplo, una paciente con un trastorno alimentario puede haber sufrido de bulimia nerviosa por varios años y, pese a ello, puede tener éxito en sus cursos en la universidad, trabajar medio tiempo y mantener sus amistades. Sin embargo, otra paciente con bulimia encuentra que su preocupación por la alimentación y sus inquietudes acerca de tener sobrepeso se han convertido en el rasgo predominante de su vida. Sus comilonas se han vuelto cada vez más frecuentes, hasta el punto de que a menudo come sola por temor a que los demás se enteren de su trastorno alimentario. Su creencia de que debe ser perfecta en todo lo que hace dificulta que continúe con su trabajo escolar por temor a fallar, y sus patrones desordenados de alimentación han comenzado a dañar su salud. De esta forma, los psicólogos deben considerar el funcionamiento global de la vida del individuo y su competencia para tener una comprensión completa del alcance del problema.

La gama de diferentes tipos de problemas que Raymond experimenta plantea un diagnóstico difícil. Algunos de sus síntomas parecen ser característicos de la depresión mayor, incluyendo su estado de ánimo triste y disfórico y su aislamiento social. Por otro lado, también exhibe conductas asociadas al trastorno de conducta, incluyendo las explosiones de ira y violencia, así como los robos. Parece que Raymond presenta dos o más trastornos comórbidos.

Detección No todas las evaluaciones psicológicas se realizan con individuos canalizados para recibir servicios clínicos. Con frecuencia se requiere que los psicólogos clínicos hagan una detección en grandes grupos de individuos, sea para identificar la presencia de problemas o sea para predecir quién está en mayor riesgo (quien tiene la mayor probabilidad) de desarrollar un problema en algún momento futuro. Por ejemplo, se han elaborado varios ejemplos interesantes de detección relacionada con la depresión (Muñoz, Le, Clarke y Jaycox, en prensa; Muñoz, Le y Ghosh Ippen, 2000). La depresión es altamente prevalente en la población general, pero sólo una pequeña parte de los individuos deprimidos (menos de 20 por ciento) busca tratamiento para el

trastorno. Se han emprendido esfuerzos a gran escala para detectar la depresión. Iniciado por el National Institute of Mental Health (Instituto nacional de salud mental), el "Día nacional para la detección de la depresión" representa un intento por facilitar la identificación de individuos que sufren de depresión pero que, por diversas razones, no están recibiendo tratamiento (por ejemplo, Greenfield et al., 1997, 2000). El "Día nacional para la detección de la depresión" se difunde cada año en diversos medios (diarios, televisión, radio), y se alienta a los individuos a acudir a un sitio local para llenar un breve cuestionario sobre la depresión que evalúa su nivel actual de síntomas depresivos. Quienes califican por encima de cierto nivel de corte asociado con un mayor riesgo de depresión, son contactados luego para una entrevista de diagnóstico, con el fin de determinar si están sufriendo de depresión mayor. Los resultados indican que más de 50 por ciento de quienes cumplen los criterios de riesgo siguen y completan la entrevista (Greenfield et al., 1997). El "Día nacional para la detección de la depresión" es un primer paso que proporciona acceso a tratamiento a quienes lo necesitan.

Los niños, cuyos padres sufren un trastorno depresivo mayor, tienen una probabilidad mucho mayor de desarrollar serios problemas psicológicos y conductuales que los niños cuyos padres no exhiben una fo1ma identificable de psicopatología (por ejemplo, Cummings y Davis, 1994; Gotlib y Goodman, 1999). Los psicólogos pueden ser llamados para detectar o identificar evidencia temprana de problemas entre los niños en esas familias para facilitar intervenciones tempranas que ayuden a prevenir el desarrollo de dichos problemas. En el tratamiento de pacientes adultos con niños viviendo con ellos en su casa, los psicólogos necesitan conducir una evaluación psicológica cuidadosa de los niños para determinar el grado en que han empezado a mostrar signos tempranos de problemas o en que cumplen ya los criterios de un trastorno.

La depresión en la adolescencia también es un problema prevalente que por lo general no es reconocido. Se ha identificado una vía para la detección mediante la co-ocurrencia de otros síntomas. Se ha encontrado, específicamente, que la depresión en adolescentes se asocia con problemas somáticos, sobre todo jaquecas recurrentes. Aunque las razones de esta asociación no son claras, este hallazgo sugiere que puede ser posible, e incluso aconsejable, detectar si existe depresión cuando los adolescentes presenten problemas somáticos, particularmente dolores de cabeza. Un contexto en el cual se ha utilizado esta aproximación implica el empleo de herramientas de detección de la depresión en las salas de emergencia médicas (Porter et al.,

1997). Cuestionarios breves sobre depresión se aplican a pacientes en las salas de emergencia para identificar quienes pueden necesitar tratamiento para la depresión.

Predicción Además de descripciones detalladas del funcionamiento actual de un individuo, a menudo se requiere que los psicólogos predigan cómo puede comportarse una persona en algún momento futuro. Esas predicciones pueden abarcar periodos muy cortos (por ejemplo, si es probable que este niño encuentre problemas en las primeras semanas de escuela) o predicciones a largo plazo acerca de un riesgo subsecuente de presentar el trastorno (por ejemplo, si este adolescente agresivo se convertirá en un adulto antisocial).

Uno de los mayores desafíos para los psicólogos es la predicción de la conducta violenta. En ningún lugar esta preocupación es más apremiante que en relación con la predicción de la violencia juvenil, especialmente en el periodo posterior a situaciones dramáticas y trágicas como el tiroteo en la secundaria Columbine en Colorado. Existe una gran esperanza, o incluso una expectativa, de que los psicólogos puedan predecir qué individuos son susceptibles de involucrarse en esos actos violencia extrema (Verlinden, Hersen y Thomas, 2000). La predicción precisa de la conducta violenta podría llevar a intentar prevenir esos actos antes de que ocurran.

A pesar de la extraordinaria importancia de predecir la conducta violenta, los psicólogos no han tenido éxito en este esfuerzo. Esta falta de éxito se debe, en parte, a que no se han entendido lo suficiente los complejos factores que conducen a actos de violencia como los tiroteos en Columbine y otras escuelas de Estados Unidos. Sin embargo, también es importante percatarse de que la incapacidad para predecir incidentes de tiroteos escolares puede ser inherente a la tarea. De 1990 al 2000 hubo, aproximadamente, una docena de incidentes en Estados Unidos en los cuales niños y adolescentes de edad escolar dispararon a otros niños y maestros. Este número es sorprendente y alarmante en sí mismo y en comparación con la relativa ausencia de dichos actos en otros países. Cualquier incidente en el cual los niños asesinan a otros niños es sin duda inaceptable. Sin embargo, la violencia escolar de esta magnitud es de hecho un acontecimiento muy raro si se consideran los millones de niños y adolescentes en edad escolar en Estados Unidos. Los psicólogos se refieren a un acto que ocurre con esta escasa frecuencia como un evento con una tasa base baja. De esta forma, aunque la violencia escolar es muy importante cuando ocurre, la tasa con la cual sucede en la población general es, en realidad, muy baja.

Para tener más claro este punto, imagínese a un psicólogo contratado por un distrito escolar para predecir cuántos estudiantes podrán involucrarse en actos violentos. Hay 1 500 estudiantes inscritos en ese distrito escolar. En un esfuerzo por tratar de identificar a individuos potencialmente violentos, se aplica una prueba psicológica que detecta pensamientos e impulsos violentos (no existe dicha prueba, pero en aras de este ejemplo, imagínese que está disponible). Con base en esta prueba decide que sólo 5 por ciento de los alumnos (o 75 estudiantes) están en riesgo de involucrarse en un acto violento. A la inversa, predice que los 1425 estudiantes restantes no están en riesgo de perpetrar un acto violento. Sin embargo, dado lo raro que son esos incidentes, es muy improbable que en ese distrito escolar ocurra un hecho de extrema violencia. Por ende, su predicción de que los 1 425 estudiantes no serán violentos será 100 por ciento correcta. Sin embargo, su predicción de que los otros 75 estudiantes serán violentos será O por ciento correcta.

La precisión de las predicciones de este tipo se entiende en términos de tasas de sensibilidad, especificidad, falsos positivos y falsos negativos (véase la tabla 6.1). La sensibilidad se refiere a la parte de las veces que se predice que ocurrirá un suceso del número total de veces que ocurre en realidad. La especificidad se refiere al número de veces que se predice que el suceso no ocurrirá del número total de veces que en realidad no ocurre. Los falsos positivos ocurren cuando se predice que el acontecimiento ocurrirá y no lo hace, y los falsos negativos ocurren cuando se predice que el suceso no ocurrirá y Jo hace. En el ejemplo del distrito escolar, la sensibilidad del método de predicción es O por ciento y la especificidad es de 95 por ciento. La tasa de falsos positivos es 5 por ciento y la tasa de falsos negativos es O por ciento.

TABLA 6.1 Predicciones exactas e inexactas en la psicología clínica

edicción	Caso verdadero	No caso verdadero
ıso	Positivos verdaderos (A)	Positivos falsos (B)
) caso	Negativos falsos (C)	Negativos verdaderos (D)

ısibilidad = A/(A + C)
ɔecificidad = D/(B + D)
ıa de positivos falsos = B/(B + D)
ıa de negativos falsos = C/(A + C)

De esta forma, no se han cometido errores al perder un acto de violencia que sí ha ocurrido; sin embargo, se ha anticipado en exceso la ocurrencia de violencia al predecir que 75 individuos se involucrarían en actos violentos y no lo hicieron. Incluso si ocurriera un acto de extrema violencia, y se hubiera identificado con precisión al estudiante violento usando la medida de detección, todavía habría error al predecir violencia en 74 de 75 veces.

Los psicólogos son realmente eficaces para predecir ciertos problemas, en particular si esos problemas tienen una tasa razonablemente alta de ocurrencia en la población. Por ejemplo, es posible predecir los patrones de los trastornos de conducta agresiva y perturbadora en la adolescencia con un cierto grado de exactitud a partir de información obtenida durante la niñez temprana. Es interesante que el mejor predictor de los problemas de conducta agresiva y perturbadora en la adolescencia sea el nivel de conducta agresiva y desafiante en los primeros años en la escuela (Farrington y Loeber, 2000). La conducta agresiva previa es un mejor factor de predicción que otros, incluyendo la información acerca de la familia del niño o de cualquier otra característica individual del niño. Además, la psicóloga clínica Terri Moffitt (1993) demostró que los niños que dieron muestras de agresividad y perturbación en la niñez temprana tienen un curso mucho más persistente de problemas de conducta en la adolescencia y la adultez joven que los individuos que mostraron conducta agresiva o delincuente por primera vez en la adolescencia. Es decir, un inicio temprano de los problemas predice un curso mucho peor que un inicio tardío de las dificultades. Esas predicciones generalmente son más exactas y fuertes que la predicción de incidentes de extrema violencia por dos razones. Primero, la tasa base de los problemas de conducta agresiva y perturbadora es mucho más alta (tan alta como 5 por

ciento en la población general) que la tasa base para actos de extrema violencia. Y, segundo, esta tarea implica la predicción de patrones estables de conducta que ocurre a lo largo de periodos prolongados, en lugar de actos que sólo ocurren en una ocasión. En la predicción de la violencia y otras conductas con tasa base baja, los psicólogos deben sopesar con cuidado las consecuencias de predicciones positivas falsas y negativas falsas. Si las consecuencias de predecir un resultado equivocado (un falso positivo) son pequeñas y los costos de excluir un resultado que ocurre (falso negativo) son grandes, entonces será aceptable predecir en exceso. Sin embargo, si existen consecuencias negativas de predecir equivocadamente un resultado, entonces incluso una instancia de predicción en exceso será problemática.

Los últimos episodios iracundos de Raymond en el hogar generan la preocupación de que realice más actos de violencia en el futuro, y quizá conductas más graves. Sin embargo, la madre de Raymond informa que sólo a últimas fechas se mostró violento en la casa y que el incidente reciente de robo en la tienda fue la primera vez que cometió un acto delictivo grave. En consecuencia, su patrón de conducta es congruente con un inicio tardío de problemas de conducta agresiva y perturbadora más que con un inicio temprano de esos problemas, por lo que, según la literatura empírica, Raymond tiene buenas posibilidades de cambiar esas conductas.

Evaluación de la intervención A menudo se piensa que la evaluación es un paso inicial en la formulación de una idea de los problemas del cliente, o un diagnóstico, y en el desarrollo de un plan de tratamiento. Sin embargo, la evaluación efectiva no termina una vez que inicia el tratamiento. Más bien, los métodos de evaluación deberían aplicarse a intervalos regulares para supervisar y evaluar los efectos del tratamiento. Al obtener información previa al tratamiento, o de línea base, sobre la naturaleza y gravedad de los problemas del cliente, pueden efectuarse evaluaciones de seguimiento con los mismos instrumentos, con el fin de permitir la evaluación de los cambios que hayan resultado del tratamiento. La evaluación del cambio requiere unos cuantos pasos esenciales. Obviamente, deben usarse los mismos instrumentos en las evaluaciones previas al tratamiento y de seguimiento para realizar comparaciones exactas en esas escalas. Además, es esencial que se cuente con que las medidas produzcan información consistente o confiable, es decir, las medidas deben ser mínimamente afectadas por el error de forma que sea posible distinguir los cambios significativos de las fluctuaciones aleatorias (véase el análisis sobre la confiabilidad en el paso 4 de este capítulo). Por último, deben desarrollarse

criterios para distinguir entre u n cambio clínicamente significativo de cambios confiables pero relativamente triviales en los problemas objetivo.

PASO 3: SELECCIÓN DE ESTÁNDARES PARA LA TOMA DE DECISIONES

Saber qué medir es sólo parte del proceso de evaluación. Un psicólogo también debe saber qué hacer con la información una vez que ésta se ha obtenido. Es esencial tomar decisiones acerca de la información, y las decisiones y los juicios requieren puntos de referencia para la comparación. Se utilizan estándares para determinar si existe un problema, qué tan grave es éste, y si el individuo ha mostrado mejoría a lo largo de un periodo especificado. Pueden compararse los estándares que involucran a otra gente (estándares normativos) o con la misma persona en otros puntos del tiempo (estándares autorreferidos).

La evaluación psicológica refleja el encuentro de dos importantes funciones de la psicología, el interés en la naturaleza de la gente en general (la tradición normativa o nomotética) y la preocupación acerca de una persona específica (la tradición individual o idiográfica). Cuando trabaja con un individuo, el psicólogo se inspira en la tradición idiográfica. Este proceso supone el descubrimiento de lo que es único de esa persona dada su historia, su estructura de personalidad actual y sus condiciones ambientales presentes. No obstante, al formarse una impresión de este individuo, con frecuencia se requiere que el psicólogo formule juicios acerca de esa persona en comparación con la mayoría de la otra gente. Al hacerlo, el psicólogo se basa en la tradición nomotética de leyes y reglas que se aplican a la conducta de la gente en general.

La aplicación de la información normativa en las decisiones individuales es un proceso complejo. Nunca ningún individuo se ve representado a la perfección por los datos obtenidos de grandes muestras de personas. Por ello, las predicciones provenientes de las de datos obtenidos de muestras grandes no son, por necesidad, verdaderas para un individuo particular, lo cual significa que con frecuencia los psicólogos se ven obligados a realizar conjeturas sobre un individuo sustentadas a partir de conocimientos acumulados acerca de la gente en general. En sus comparaciones normativas, el psicólogo debe determinar el grado en que un individuo particular es similar a la muestra normativa en características tales como las demográficas (la edad, el sexo, el origen étnico, la educación y la posición económica). Por ejemplo, sería inexacto, e inapropiado, predecir con una prueba el desempeño de un adolescente afroamericano de un barrio pobre si la muestra normativa utilizada para derivar las puntuaciones sólo estuvo compuesta por jóvenes caucásicos de posición socioeconómica media y superior.

Estándares normativos Para entender mejor las comparaciones normativas, imagínese que se aplica una prueba de inteligencia a un niño de ocho años de edad, quien responde de manera correcta a menos de la mitad de las preguntas, y a un chico de 16 años que responde bien a, aproximadamente, tres cuartas partes de las preguntas. ¿Cómo puede interpretarse esta información?

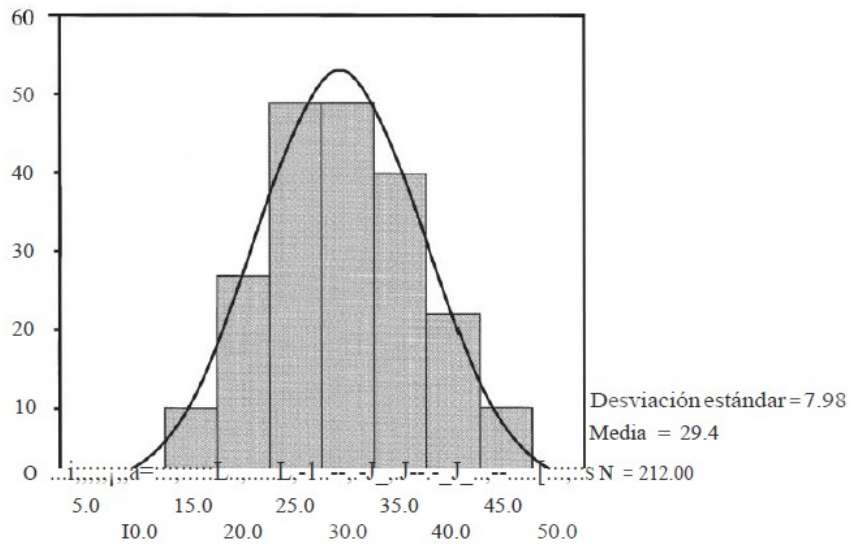
¿Las puntuaciones de la prueba indican que el chico mayor es más brillante? ¿O debería esperarse que los muchachos de 16 años sepan más y, en consecuencia, se desempeñen mejor que los de ocho años? Si se espera que los chicos mayores tengan un mejor desempeño en las pruebas de inteligencia que los muchachos más jóvenes ¿cómo puede evaluarse el desempeño de esos dos individuos de diferentes edades? La respuesta, por supuesto, radica en obtener información sobre la forma en que otros individuos de edades similares se desempeñan en la prueba. Es decir, la comparación relevante para el niño de ocho años es con otros niños de ocho años que hayan presentado la prueba, de la misma manera en que el muchacho de 16 años debe compararse con otros de esa edad.

La edad es sólo uno de muchos factores que deben considerarse al desarrollar una muestra de comparación normativa para una medición psicológica (Anastasi, 1988). Por lo general, la muestra de comparación debe ser representativa de la población general, lo cual incluye, pero no se limita a, la representatividad con respecto a la edad, el género, origen étnico, nivel de educación, ingreso y región geográfica. De esta forma, la muestra representa la distribución de esas características en una población más extensa. Una muestra representativa ofrece un criterio justo y significativo para evaluar el desempeño de un solo individuo. Una muestra de comparación normativa debe ser grande para asegurar que refleja a la población que se seleccionó para representar. En la mayoría de las características psicológicas que se miden, se supone que la distribución de los individuos en la población se aproxima a una distribución normal. En la figura 6.2 se presenta una curva con distribución normal, llamada también una curva con forma de campana. Cada vez que un grupo grande de individuos sea muestreado en una medida, diferirán o mostrarán una variabilidad considerable en su desempeño. Por ello, las comparaciones normativas se utilizan para determinar si el individuo cae dentro de esta variabilidad o distribución.

La variabilidad de una muestra normativa puede presentarse de varias maneras, pero la más común se basa en la media como medida de tendencia central y en la desviación estándar como

medida de variabilidad. La puntuación promedio para una población en una medida se determina sumando todas las puntuaciones de la muestra que es representativa de la población y dividiendo entre el número de individuos en la muestra. La media es lo que, en general, se considera en términos legos como la puntuación promedio que podría esperarse en la medida. Pero la media nada dice acerca de la variabilidad que existe en la población. En consecuencia, se necesita un indicador del grado en que las puntuaciones de los individuos se distribuyen alrededor (es decir, por encima y por debajo) de la media. Suponiendo que las puntuaciones se distribuyen normalmente alrededor de la media, la desviación estándar corresponde a los puntos a cualquier lado de la media que incluyen alrededor de 68 por ciento de las puntuaciones de la muestra; es decir, por definición, aproximadamente dos terceras partes de las puntuaciones caerán dentro de una desviación estándar por encima y por debajo de la media.

Figura 6.2
Distribución normal de puntuaciones



Para usarse en la evaluación psicológica, la media y la desviación estándar con frecuencia se convierten en puntuaciones estándar que permiten hacer comparaciones sencillas por medio de medidas muy diferentes. Una métrica muy utilizada es convertir las calificaciones en puntajes T, en las cuales la puntuación promedio se convierte en 50 y la desviación estándar en 10. Por lo tanto, independientemente de la medida particular que se utilice, un puntaje T de 50 indica que un individuo calificó más alto que 50 por ciento de la muestra, y un puntaje T de 60 indica que un individuo calificó más alto que 84 por ciento. La mayoría de las pruebas estandarizadas de inteligencia se convierten en puntuaciones estándar que se basan en una media de 100 y una

desviación estándar de 15. Las puntuaciones estándar proporcionan un método abreviado útil para describir la calificación de un individuo en relación con otros en la población.

Para muchas mediciones psicológicas es importante determinar si la persona debería compararse con otras con problemas psicológicos o con otras que representan la población "normal". Cuando la muestra de comparación se extrae de una población clínica, no necesariamente se espera que la distribución de las puntuaciones individuales se aproxime a una curva normal. En lugar de ello, las muestras clínicas pueden estar muy sesgadas en su distribución en la medición (las puntuaciones no se distribuyen de manera uniforme alrededor de la media). Además, es probable que la puntuación promedio para una muestra clínica sea muy diferente de la obtenida de una muestra extraída de la comunidad. Las puntuaciones obtenidas por muestras normativas de la comunidad y las obtenidas por las referidas clínicamente, a menudo se comparan para determinar criterios clínicos, o puntos de corte, útiles para distinguir a grupos clínicos y no clínicos en una medición. La línea inferior de las comparaciones normativas es la siguiente: hay que asegurarse de saber con quién se compara el individuo y de que se entiende la representatividad de la muestra de comparación.

Estándares autorreferidos Algunos de los juicios formulados como parte del proceso de evaluación clínica no implican comparaciones con otros. Más bien, es importante considerar qué tanto o qué tan poco ha cambiado esta persona en el transcurso del tiempo o mediante situaciones diferentes. En tales casos, el criterio apropiado es la persona misma. Por ejemplo, si un cliente se queja de jaquecas persistentes, un psicólogo puede desear saber qué tan frecuentes y severas son las jaquecas actuales en comparación con el pasado reciente o el más distante. ¿Se han incrementado las jaquecas? De ser así, ¿se asocia el incremento con alguna alteración reciente en la vida de la persona, incluyendo cambios relacionados con el trabajo, con las relaciones interpersonales importantes, con la dieta, con en el ejercicio, con los patrones de sueño, o ha habido una exposición a agentes nocivos en el ambiente? Si al cliente se le somete a alguna forma de tratamiento para las jaquecas, el psicólogo puede querer evaluar si éstas han disminuido como resultado del tratamiento. Aunque sea útil juzgar las jaquecas de la persona en comparación con una muestra de individuos similares, al final será más útil juzgar el grado de variabilidad en la frecuencia y severidad de las jaquecas para esta persona en el transcurso del tiempo.

Los estándares autorreferidos también se usan para ayudar a determinar las metas iniciales de

un cliente y el grado en que éste está satisfecho con los logros obtenidos en el tratamiento. Un cliente que busca ayuda por un trastorno del sueño puede reportar una gran satisfacción cuando es capaz de obtener un periodo de cuatro a cinco horas de sueño ininterrumpido en las noches si al iniciar el tratamiento era incapaz de dormir incluso unos pocos minutos cada noche. Sin embargo, en este caso los estándares autorreferidos no serían un reemplazo de los estándares normativos ya que por razones de salud aún podría ser importante esforzarse por alcanzar mayores ganancias en el tratamiento hasta que el cliente sea capaz de lograr las siete u ocho horas esperadas de sueño por noche.