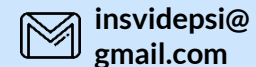


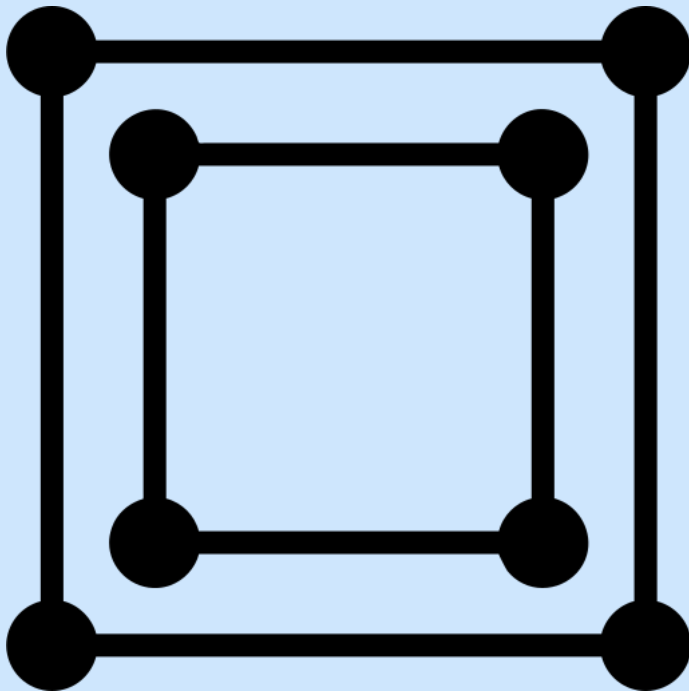
Diplomado Avanzado en Modificación de Conducta 16



Índice

- Delimitar claramente las conducta a modificar.
- ¿Cómo no caer en modificar todo?
- Entrevista clínica.
- Iniciar la entrevista.
- Estructura de la entrevista clínica.
- Objetivos terapéuticos.
- Evaluación clínica o psicológica.
- Objetivos de la evaluación.
- Otras evaluaciones.
- Caso clínico 1.
- Caso clínico 2.
- Naturaleza compleja de los problemas clínicos.
- Dimensiones de la evaluación conductual.
- Modo de respuesta de los problemas psicológicos.
- Problemas psicológicos interrelacionados.

DELIMITAR CLARAMENTE LAS CONDUCTA A MODIFICAR



¿Cómo no caer en modificar todo?

Habitualmente, cuando recibimos un paciente/cliente en la consulta tenemos una pregunta en mente: **¿Qué lo motiva a acudir a terapia?**

Para responder a esta pregunta llegaremos a lo que denominamos como evaluación terapéutica o clínica, pero previo a dicha evaluación debemos construir la alianza terapéutica (tema abordado previamente) y posteriormente empezar con la entrevista inicial o entrevista clínica.

Entrevista Clínica

Es una técnica de recogida de información.

Precede a cualquier modalidad de intervención o evaluación psicométrica.

Puede ser estructurada o semiestructurada.

Antes de llevarla a cabo es necesario crear un buen rapport, porque de esta dependerá que el proceso terapéutico sea efectivo o no.

Se centra en la demanda del paciente.

Iniciar la entrevista

Lo ideal es que en la primera sesión el terapeuta salga del consultorio y salude dando la mano a su cliente/paciente, luego le conduzca y le indique donde puede colocarse para iniciar.

El trato siempre debe ser personalizado, supongamos que nuestra clienta/paciente se llama Luz Rodríguez, podemos empezar rompiendo el hielo con frases como:

- “Buenas noches, Sra. Rodríguez”, acompañe por aquí por favor.
- “Hola, Sra. Luz, ¿cómo se encuentra?”
- ¿Qué tal, usted debe ser Luz Rodríguez? Mucho gusto, soy “fulano de tal”.

Al entrar al consultorio NO iniciamos inmediatamente a cuestionar, sino que buscamos crear un ambiente de rapport con temas o preguntas coloquiales. Esto no se hace por chisme o por morbo, sino con la intención de “romper el hielo” y generar un ambiente con la menor hostilidad posible.

Luego nos presentamos de manera cordial, dando nuestro nombre y acreditaciones académicas, en caso de que estas sean extensas procedemos a explicar las más importantes.

Se recomienda siempre que antes de pasar a preguntar indagemos sobre experiencias previas de nuestros pacientes/clientes en terapia y nos tomemos un tiempo para explicar los temas éticos del proceso terapéutico y las características de la TCC.

Estructura de la entrevista clínica

Datos personales y laborales: nombre, edad, sexo, teléfono, teléfono de un contacto de emergencia, estado civil, cantidad de hijos, religión, etc.

Desarrollo evolutivo: Con quien se crio, relación con los padres y/o tutores, cantidad de hermanos, relación con los hermanos, hechos significativos durante la infancia y la adolescencia.

Motivo de consulta: demanda actual del cliente.

Estado de salud e historial de enfermedades: historial de enfermedades médicas personal y familiar, historial de enfermedades psiquiátricas personal y familiar, historial de suicidio o intentos suicidas personal y familiar, accidentes de cualquier índole, consumo de alcohol y otras sustancias (tabaco, hookah, vape, narcóticos, medicamentos, cafeína y té).

Objetivos terapéuticos

También, llamados demandas terapéuticas, son las situaciones o problemáticas que motivaron a nuestro paciente o cliente a acudir a consulta.

El terapeuta NO impone los objetivos terapéuticos, sino que los organiza en conjunto al paciente o cliente y este último debe estar completamente de acuerdo.

Deben jerarquizarse en orden de importancia, buscando siempre que se coloquen las situaciones más graves o complejas en primera instancia, ya que en ocasiones, solucionando una demanda grande se logra dar respuesta a otras demandas más pequeñas.

Evaluación clínica o psicológica

Antes de iniciar de lleno con el proceso terapéutico (luego de la entrevista inicial), se procede a llevar a cabo una evaluación integral de nuestro cliente/paciente. Esto con el objetivo de determinar si existen otras problemáticas fuera de las expresadas por este último.

Para dicha evaluación podemos auxiliarnos de ciertos inventarios o tests cortos que nos ayuden a levantar información importante de manera sencilla.

Algunos insumos de los que podemos disponer pueden ser:

1. Inventario de ansiedad de Beck.
2. Inventario de depresión de Beck.
3. Escala de autoestima de Rosenberg.
4. Escala de estrés de Holmes-Rahe.

Objetivos de la evaluación

Identificar los problemas y las metas del tratamiento del paciente/cliente.

Averiguar las variables que afectan dichos problemas y metas.

Obtener datos que permitan valorar el proceso de intervención y los resultados obtenidos.



Determinar si los problemas del paciente son clasificables en uno o más trastornos de acuerdo con alguno de los sistemas categoriales al uso (DSM-V o CIE-

Establecer la posibilidad de que el paciente pueda hacerse daño a sí mismo o a otros.



@insvidepsi



@insvidepsi



insvidepsi@
gmail.com



INSVIDEPSI

Nunca debe olvidarse que el objetivo último de la evaluación en terapia de conducta siempre es el de recabar información que permita elegir o diseñar, implementar y evaluar el tratamiento que más va a ayudar al paciente a solucionar sus problemas psicológicos y a conseguir sus metas de tratamiento.

Teniendo esto en cuenta, siempre recuerde indagar todo lo posible en:

La descripción del problema, las circunstancias en que se produce y las posibles consecuencias que pueda estar teniendo.

La evaluación de las causas más relevantes que pueden estar afectándolo, así como el grado de importancia y de modificabilidad de dichas causas.

Otras evaluaciones

Si esas escalas básicas no son suficientes o en el proceso de entrevista inicial descubrimos motivos para una evaluación más profunda debemos comunicarlo a nuestro paciente/cliente.

En la mayoría de los casos que se determinen estas situaciones los referimientos serán a:

1. Psiquiatría.
2. Psicometría.
3. Endocrinología.
4. Neurología.
5. Nutrición.
6. Etc.

Caso clínico 1

El señor José acude a consulta debido a problemas en su relación de pareja. Refiere que está casado con la señora María desde hace 7 años y tienen un niño de 4 años llamado Jesús. José tiene 34 años y María 29 años.

Durante la entrevista inicial sale a relucir que José consume diariamente 1 caja de cigarrillos (20 cigarrillos), además de tomarse alrededor de 4 a 6 latas de cervezas. También refiere que engaña a su esposa desde hace 3 años, pero esta no tiene conocimiento de la situación.

¿Cuáles son los objetivos terapéuticos que identificas en el caso de José?

Caso clínico 2

Marta es una mujer de 38 años, casada y madre de una niña de 10 y un niño de 12 años. Trabaja de dependienta en unos grandes almacenes comerciales, pero en estos momentos está de baja por depresión.

Acude a consulta porque desde hace unos meses se siente muy baja de ánimo. Ha perdido el apetito, está apática, triste, se irrita a veces de forma exagerada, está siempre preocupada por lo que les pueda ocurrir a sus hijos y a su marido. Se pasa el día en casa, la mayor parte acostada o sentada en un sillón de la salita.

El marido comenta que desde que la conoce, hace ya 20 años, siempre ha sido muy controladora. Tenía que decirle a dónde iba, qué estaba haciendo cuando lo llamaba por teléfono y, si no la llamaba cada poco tiempo a lo largo del día, se enfadaba mucho y le reprochaba que no la quisiera.

Desde que nacieron sus hijos, las acciones de control sobre todos los miembros de la familia se han agravado. Llama más de una vez al día al colegio para comprobar que los hijos están bien, no les deja ir a excursiones escolares por miedo a que tengan un accidente. Tampoco les deja ir a casa de amigos y, si alguna vez cede, llama varias veces para comprobar que están bien.

Desde hace unos meses, este comportamiento se ha reducido, se encuentra como si no le importara nada. No reacciona a ninguna noticia ni llama para saber dónde están los miembros de la familia. Únicamente de vez en cuando le cambia el humor y se pone muy irritable si los niños no han llegado del colegio exactamente a la hora acostumbrada, o si el marido no ha llamado por teléfono para hablar con ella.

Siempre acaba llorando y dice que nadie la quiere, que está sola, que nadie la comprende, que su único deseo es ser una buena esposa y una buena madre y por eso se preocupa tanto y que lo mejor que le podría pasar es morir.

La madre, que también la ha acompañado a la consulta, ratifica la información del marido. Añade que desde pequeña ha sido muy temerosa. Se angustiaba mucho cuando sus padres salían a cenar con amigos. Se quedaba despierta hasta que volvían a casa.

Desde que tuvo novio (el que es ahora su marido), los miedos a accidentes o a que ocurrieran cosas malas se agudizó más y, según la madre, tenía al novio frito, mi yerno es un bendito, tiene mucha paciencia.

Marta insiste en consulta que preocuparse es bueno, ya que puede prevenir que ocurra algo malo y que, si se preocupa tanto por ellos, es porque los quiere. Sin embargo, según manifiesta, en estos meses se ha descuidado porque no tiene ánimos para prestar la atención que debería a los demás. Se siente cansada desde que abre los ojos por la mañana, y lo único que quiere es dormir.

Naturaleza compleja de los problemas clínicos

La mayoría de los pacientes se presentan en consulta con varios problemas psicológicos. Por ejemplo, la paciente que se describe en el caso anterior:

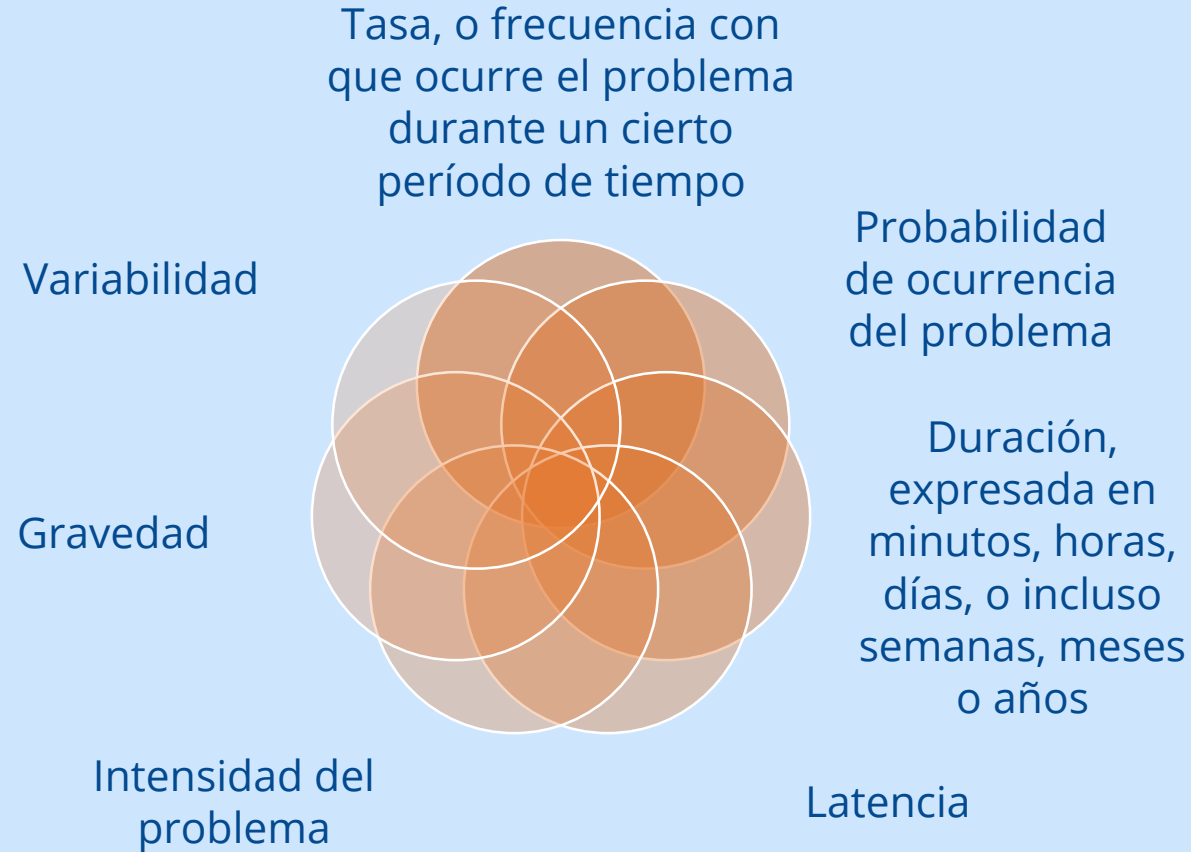
Marta, presentaba al acudir al psicólogo un **estado de ánimo muy bajo, tristeza, apatía, pérdida de apetito, irritabilidad, inactividad física y preocupación intensa por los miembros de su familia** (esto último ella no lo vivía como un problema, aunque sí su marido y otros miembros de la familia).

Las razones por las que las personas suelen presentar varios problemas a la vez son muchas, destacando entre las más importantes la equivalencia funcional de éstos (cuando todos ellos sirven a la misma finalidad), la ocurrencia de algún acontecimiento vital grave, o la acumulación de desgracias o acontecimientos negativos en la vida de la persona.

El que los problemas suelen presentarse en grupos tiene implicaciones sobre la evaluación clínica, ya que obliga a explorar con detenimiento y a identificar todos los que pueda estar presentando la persona. Esto es, cuántos problemas sufre un determinado paciente es algo que hay que averiguar activamente en todos los casos.

Centrarse prematuramente en un único problema (el primero que surge en la entrevista inicial, el más llamativo, o el que más preocupa al paciente o a quien lo acompaña a consulta) puede conducir a que no se averigüe si también existen otros, quizá no tan llamativos, pero igualmente importantes.

Dimensiones de la evaluación conductual



Que la intensidad, la gravedad y la importancia de un problema sean con frecuencia variables subjetivas y relativas, no disminuye su importancia clínica. La reacción física (quedarse bloqueado, sudar, ponerse rojo, temblar, etc.) experimentada ante cierto tipo de situaciones puede ser objetivamente muy distinta en diferentes personas.

Sin embargo, si todas ellas subjetivamente la consideran como igualmente insoportable, indeseable o molesta, esta consideración subjetiva debe ser un factor importante a tener en cuenta en la terapia, al menos tan importante como el grado en que objetivamente se manifiestan dichas reacciones.

Que los problemas psicológicos se pueden analizar según múltiples dimensiones es algo que aparece claramente en el caso de Marta. Por ejemplo, su estado de ánimo bajo y triste se puede valorar desde:

- ▶ **El punto de vista de su intensidad:** *¿cuánto de bajo?, ¿cuál era la intensidad de su tristeza?*
- ▶ **De la frecuencia o tasa con que se presentaba:** *¿una vez al día?, ¿dos veces por semana?, ¿casi todos los días?*
- ▶ **De su duración:** *¿cuánto solía durar cada uno de los episodios de tristeza?, ¿unas horas?, ¿casi todo el día?, ¿varios días seguidos?, etc.*

Modo de respuesta de los problemas psicológicos

Para más complicación aún, los pacientes no sólo se suelen presentar con varios problemas psicológicos, sino que muchos de éstos pueden manifestar varios modos de respuesta. Por ejemplo, la tristeza y el ánimo bajo de Marta pueden catalogarse, desde luego, como una emoción.

Pero con frecuencia, las emociones de este tipo se acompañan en muchos pacientes de determinado tipo de pensamientos negativos y repetitivos (que no está prestando la debida atención a la familia, que la tiene descuidada, auto reproches, etc.), de determinadas reacciones fisiológicas (cansancio, laxitud o agarrotamiento muscular) y de determinadas acciones (estar acostado casi todo el tiempo, estar sentado e inactivo, llorar.), etc.

Estas diferentes formas de manifestarse un problema han recibido muchos nombres. Entre ellos, **“modos de respuesta”** y **“sistemas de respuesta”**.

Cuáles son los modos de respuesta más importantes en terapia de conducta difiere de un autor a otro.

En general, no obstante, hay cierto consenso es que, al analizar un problema psicológico, debe atenderse a sus **componentes emocionales** (sentimientos de tristeza, ansiedad, ira, etc.); **verbales** (como lo expresa la persona, qué dice, cómo lo manifiesta verbalmente); **cognitivos** (qué piensa cuando está experimentando el problema, cómo lo cataloga, etc.); **de actuación** (qué hace y qué deja de hacer al experimentar el problema); **y psicofisiológicos** (de qué manifestaciones fisiológicas se acompaña, tales como opresión en el pecho, tensión muscular, temblores, mareos, palpitaciones, sudores, etc.).

Problemas psicológicos interrelacionados

La mayoría de las veces, los distintos problemas que presenta la persona están fuertemente relacionados, incluso cuando tienden a darse en ambientes muy distintos, tales como el hogar, el puesto de trabajo, o las interacciones con los amigos en los momentos de ocio.

Así, por ejemplo, **los problemas laborales** (quedarse desempleado) pueden afectar fuertemente las **relaciones de pareja o familiares** en general, la relación con los amigos (saliendo menos, o estando continuamente en la calle con ellos), e incluso **la salud** de la persona.

En todos los casos en que existen multitud de problemas relacionados entre sí, una conclusión que se impone es la siguiente: el abordaje terapéutico del conjunto de problemas que presenta el paciente no puede limitarse a atacarlos uno a uno, como si no existiera relación entre ellos.

Que la relación que guardan los problemas entre sí es importante para el tratamiento implica que también lo es para la evaluación. Esto es, sólo mediante una evaluación detallada y cuidadosa se puede averiguar si los distintos problemas que presenta un paciente se encuentran interrelacionados y en qué grado lo están.

Bibliografía

1. Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (2020). **The practice of clinical psychology: Assessment, diagnosis, and treatment.** Routledge.
2. Hersen, M., & Sturmey, P. (Eds.). (2012). **Handbook of evidence-based practice in clinical psychology** (Vols. 1-2). John Wiley & Sons.
3. Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2018). **Principles and practice of behavioral assessment** (2nd ed.). Springer.
4. Kazdin, A. E. (2021). **Single-case experimental designs: Methods for clinical and applied settings** (3rd ed.). Oxford University Press.
5. Hunsley, J., & Mash, E. J. (2018). **A guide to assessments that work** (2nd ed.). Oxford University Press.

6. Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2020). **Cognitive-behavioral case formulation and treatment design: A problem-solving approach** (2nd ed.). Springer.
7. Seligman, L., & Reichenberg, L. W. (2016). **Theories of counseling and psychotherapy: Systems, strategies, and skills** (5th ed.). Pearson.
8. Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2018). **Abnormal psychology** (14th ed.). Wiley.
9. Comer, R. J. (2021). **Fundamentals of abnormal psychology** (10th ed.). Worth Publishers.
10. Wright, J. H., & Basco, M. R. (2021). **Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide** (3rd ed.). American Psychiatric Association Publishing.