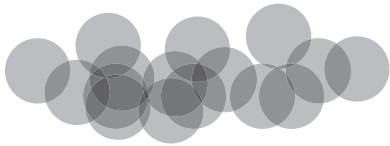


Parte I



Principios y habilidades generales

CAPÍTULOS MUESTRA





CAPÍTULOS MUESTRA



Introducción a la evaluación basada en la evidencia

Una receta para el éxito

Eric A. Youngstrom y Mitchell J. Prinstein

Todos comemos. Algunas veces, lo hacemos sin pensarlo demasiado y nos atiborramos de cualquier cosa que resulte rápida y conveniente. Otras veces lo hacemos de manera más consciente. En las ocasiones especiales, podemos preparar una comida muy elaborada o celebrar en un restaurante con fama de servir buenos platos. Algunas personas contratan instructores o entrenadores que les ayudan a alcanzar metas dietéticas específicas, mientras que otras toman cursos para aprender a cocinar.

La psicología es una disciplina con un conjunto amplio y flexible de habilidades y oportunidades de empleo. Podemos ofrecer terapia, realizar e interpretar evaluaciones psicológicas, hacer investigación, asesorar a otros profesionales, trabajar con legisladores y cumplir muchas otras funciones que tienen conexión con diferentes interesados. Pero la evaluación psicológica es nuestra fortaleza especial. Dependiendo de las regulaciones estatales, trabajadores sociales, enfermeros, consejeros, psiquiatras, y en algunos países, incluso filósofos, pueden ofrecer terapia. Cualquier disciplina con un doctorado realiza alguna forma de investigación. La "evaluación psicológica" lleva nuestro nombre integrado en el título. Nuestra disciplina inventó y perfeccionó los métodos y las habilidades necesarias para el progreso de la ciencia, además de entregar los productos a los consumidores. Tenemos cursos, libros y revistas dedicados a los conocimientos básicos y a los puntos más finos del tema, y podemos ofrecerle supervisión y entrenamiento para iniciarlo en esos métodos.

El término "libro de recetas" suele usarse de manera peyorativa, insinuando que las habilidades se reducen a seguir una receta poco original que no necesita habili-

Preparación: organizar los materiales de evaluación para abordar problemas comunes	5
Predicción: recabar datos para guiar la evaluación	11
Prescripción y formulación del caso	17
Medición del proceso, progreso y resultado	22
Conclusión	26
Referencias	26
Apéndice 1.1: La cuarta "P", el pago	29

dad ni creatividad y que no requiere reflexión (e incluso puede desactivar el pensamiento). La implicación es que los libros de cocina están por debajo de los profesionales. Nos sorprendería acudir a un restaurante elegante con una cocina abierta y ver al personal echando un vistazo a las recetas después de tomar nuestra orden.

Sin embargo, un buen curso no sólo enseña las recetas sino también los principios. Comprender los principios no sólo nos permite entender los "porqués" detrás de los pasos de la receta, sino que también nos faculta para improvisar, hacer sustituciones cuando nos falta un ingrediente y para innovar cuando entendemos algo único acerca de las necesidades o metas de una situación particular. ¿No tenemos huevos para preparar panquecitos? Podemos usar puré de manzana. ¿No se tiene acceso a los padres porque el joven está encarcelado o

en una situación de acogida temporal? Una solución alternativa puede ser entrevistar al encargado del caso o añadir alguna medida de desempeño.

La secuencia de pasos es importante tanto en la cocina como en la evaluación. Planear el orden permite hacer más en el mismo tiempo, y deja que el profesional trabaje de manera más inteligente y no más dura. Podemos cortar los vegetales mientras ponemos a hervir el caldo, empezar a marinar la noche anterior en lugar de descubrir en el paso cinco que las cosas deben marinarse al menos durante tres horas, lo que nos obligaría a pedir la comida o a reprogramar la cena. De igual modo, podemos organizar y agrupar los métodos de evaluación, de modo que algunos puedan responderse antes de la primera sesión, otros durante el ingreso o cita de evaluación, y otros más pueden posponerse hasta la sesión de retroalimentación o el curso del tratamiento. Planear la secuencia nos permite obtener más datos (por lo menos de tres cursos en lugar de sólo uno) y añade además el ingrediente especial del tiempo, lo que nos da una mejor idea de cómo se van desarrollando y cambiando las cosas. A medida que conocemos mejor a la persona, podemos hacer ajustes a la receta, individualizando el menú y el platillo de la intervención.

Los primeros cuatro capítulos de este libro (incluyen éste) revisan los principios y cubren los “porqués” y los “cómos” de los métodos de evaluación. Su orden sigue el curso del encuentro clínico. Empiezan incluso antes de programar la primera cita (fase de preparación), van de evaluaciones que pueden enviarse de antemano por correo, responderse en línea o completarse en la sala de espera (fase de predicción), luego a cosas que se hacen durante el ingreso o la sesión de evaluación (fase de prescripción y formulación del caso) y por último a la sesión de retroalimentación o del curso de la terapia a la terminación exitosa y monitoreo (fase de proceso, progreso y resultado). En los capítulos que se ocupan de la revisión de los principios, se empleará el caso de Ty Lee para mostrar cómo funcionarían en la práctica con una persona. Pero debe advertir que todo el material del caso utilizado en este libro es ficticio, o fue mezclado o cuidadosamente camuflado.

El resto del libro revisa a profundidad temas o problemas particulares que probablemente encuentre en su trabajo con clientes. Existen algunas características clave. Los temas se enfocan en los que son esenciales: si bien la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) tiene más diagnósticos que días el año, aquí nos concentramos en los problemas que con mayor frecuencia dan lugar a las canalizaciones. Si usted tiene las herramientas y principios para trabajar con problemas externalizantes, de ansiedad, del estado de ánimo, de atención y por traumas, entonces tiene lo que necesita para progresar con cuatro de cada cinco clientes en la mayoría de las clínicas (Rettew, Lynch,

Achenbach, Dumenci e Ivanova, 2009; Youngstrom y Van Meter, 2016). Agregue algunas cuestiones transversales, como los problemas del sueño y el funcionamiento cognitivo, y tendrá excelentes cimientos. Tener cubiertos los aspectos básicos nos libera para usar el tiempo de supervisión, “investigación y desarrollo” para aprender cómo abordar las excepciones y desarrollar pericia en áreas especializadas.

Otra característica de los últimos capítulos es que, si bien comparten el diseño, son modulares e independientes. Por lo general, empiezan con la imagen clínica y los criterios diagnósticos relevantes, luego avanzan de las escalas y listas de cotejo a las estrategias de entrevista y el seguimiento del progreso y el resultado. La estructura hace fácil encontrar lo que necesitamos, en el orden en que es probable que lo usemos. La mayoría utiliza casos como ejemplo. Los capítulos de contenido emplean nuevos casos para mantener el enfoque centrado en la persona, a la vez que añaden otras variaciones para mostrar cómo pueden cambiar las cosas en el mundo real. Los algoritmos pueden romperse. El mejor cocinero sabe cuándo y cómo cambiar la receta; los principios nos permiten improvisar, crear y alcanzar las metas a pesar de las restricciones, desafíos y necesidades de un individuo particular.

Los capítulos también recomiendan un “paquete de inicio” que incluye listas de cotejo, escalas de calificación, entrevistas y pruebas de progreso. El paquete enfatiza la inclusión de las mejores opciones a las que se tiene acceso gratuito. Es común que existan pruebas sin costo con propiedades psicométricas sólidas y una base de investigación buena o excelente. La “gratuidad” elimina la barrera del costo, pero tiene la consecuencia involuntaria de dificultar su localización. No existe presupuesto para promocionar dichos instrumentos y los editores comerciales no los incluyen en sus sitios web ni en sus catálogos. Lograr que los expertos en el contenido las identifiquen para nosotros es un paso importante hacia una mejor divulgación. Reunimos copias de esas pruebas y las pusimos en línea en un sitio web gratuito donde puede encontrarlas, obtener más detalles sobre la evidencia que las sustenta, y conocer la forma de calificarlas y usarlas. Éste es un segundo paso importante para apoyar la tarea. Considérela una despensa compartida que ya está abastecida de manera gratuita con muchos de los mejores ingredientes, ordenados de una forma que sigue los principios y organización del libro. Incluso mejor que en una despensa física, los ingredientes nunca se agotan: hacer clic en un enlace o descargar un PDF no “merma” el recurso. La alacena está construida de una forma que hace fácil ponerla al día, por lo que todos tenemos acceso a nuevos recursos y versiones actualizadas en un lugar donde podemos encontrar la evidencia y herramientas más recientes. Esto es mucho más rápido que esperar la publicación de la siguiente edición del libro.

PREPARACIÓN: ORGANIZAR LOS MATERIALES DE EVALUACIÓN PARA ABORDAR PROBLEMAS COMUNES

Este primer capítulo cubre la fase de preparación. Hay cosas que pueden hacerse incluso antes de que el cliente programe una cita. Cuando alguien se muda a un nuevo departamento sabe lo que va a necesitar para comer, y tiene una idea de las cosas básicas que quiere almacenar para pasar la semana. En la clínica, se aplican los mismos principios: conocer las necesidades comunes nos permite abastecer de manera eficaz el gabinete de la evaluación. Los profesores y ayudantes de cátedra se aseguran de tener a la mano copias suficientes de los folletos de evaluación y de ordenar cualquier cosa que se necesite. Los clínicos profesionales pueden considerar la cantidad de casos que suelen atender y el patrón de casos que les son canalizados y compararlos con los materiales en su gabinete. La próxima vez que ordenen suministros agregarán los faltantes a la lista de compras.

Crterios diagnósticos / Rasgos presentados

Una visión pragmática del diagnóstico

Los diagnósticos de la salud mental son algo extraño. Lucen diferentes cuando se ven a través de los ojos de un científico, un clínico, un cliente o el público general. También cumplen múltiples funciones. En un sentido filosófico, pueden o no ser "reales" y es poco probable que quienes trabajamos en este libro tengamos categorías claras con límites bien definidos (Haslam, Holland y Kuppens, 2012). Para quienes están interesados en la filosofía de la ciencia o en la investigación, esas cuestiones fenomenológicas y epistemológicas pueden ser no sólo fascinantes sino también lo bastante ricas para mantener por derecho propio un programa de investigación. Para el resto, los diagnósticos cumplen funciones prácticas importantes, incluso si son constructos confusos. Los usamos para facilitar la consulta de las publicaciones empíricas, y para organizar los recursos de modo que permitan adecuar para un individuo particular una receta para la evaluación y tratamiento. Otro valor actualmente ineludible del diagnóstico es que libera el reembolso por nuestros servicios en muchas partes del sistema de atención de la salud. Se necesita un diagnóstico para facturar a Medicaid* o a las compañías de seguros.

Para que el diagnóstico sea válido, es indispensable utilizar definiciones consistentes. Si la misma etiqueta significa cosas diferentes para personas distintas, entonces la experiencia o la investigación de una persona sobre la "depresión" no se transferirá a otro clínico que

tenga en mente algo diferente. Cuando tomamos prestadas las recetas del otro para el trabajo clínico, no obtendremos los mismos resultados porque no estamos trabajando en el mismo problema.

Quienes colaboraron en este volumen son investigadores extraordinarios que escribieron capítulos diseñados para ser clínicamente prácticos. En lugar de dedicar mucha tinta a la validez científica de los diagnósticos nos concentramos en los aspectos prácticos del diagnóstico. Cuando una investigación dice que se emplearon definiciones del DSM-5 de la depresión basadas en una entrevista diagnóstica semiestructurada, eso nos indica que todos los que participaron en el estudio mostraron un cambio en el estado de ánimo y la energía que afectó por lo menos cinco síntomas de una lista de nueve (y preguntaron por los nueve), y que hubo un cambio claro en el funcionamiento que duró por lo menos dos semanas, ocasionó deterioro al menos en un aspecto importante de sus vidas y que no se debió a una condición médica general. Igual que el término "una albóndiga", la "depresión del DSM" condensa mucha información de forma abreviada. Un diagnóstico formal proporciona una lista consistente de síntomas y pasos para armar el diagnóstico, de manera muy parecida a una lista estandarizada empleada en la preparación de una albóndiga. ¿La "albóndiga estándar" es la única definición científicamente válida? ¿En qué momento una albóndiga deja de serlo para convertirse en una minihamburguesa, *kofte* (albóndigas turcas) o salchicha? Además de ser buenos temas de investigación, son cosas en las que podría pensar un buen chef clínico mientras trabaja en un caso individual. Mientras aprendemos a cocinar, contar con una receta estándar nos permite transferir a nuestro trabajo el conocimiento de libros y artículos. Esto nos ayuda a lograr que las necesidades y metas del cliente coincidan con nuestro plan y hace más fácil que recibamos el pago por nuestros servicios.

Sistemas de clasificación

En el mundo de la salud mental existen dos sistemas oficiales de clasificación. El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la American Psychiatric Association es el sistema más utilizado en Estados Unidos y hasta hace poco dirigió la mayor parte de la investigación en ese país, además de ser el sistema empleado por la mayor parte de los textos sobre psicopatología. El DSM-5 se publicó en 2013, mientras que la edición anterior del manual se publicó en 2007, por lo que las recetas oficiales para los diagnósticos cambiaron a medio camino entre ambas ediciones. Dado el tiempo que se requiere para realizar y publicar las investigaciones, la mayor parte de los estudios citados en los capítulos

*Medicaid: programa de servicio de salud gratuito o de bajo costo en EUA, auspiciado por el gobierno.

los emplearon las definiciones antiguas (del DSM-IV), aunque es probable que usted utilice las definiciones más recientes en sus cursos y en sus facturas. Los autores de cada capítulo nos alertan de los cambios en las recetas. En el caso de muchas condiciones (depresión, trastorno negativista desafiante) los cambios fueron menores o muy pocos. En otras condiciones (como el autismo o el trastorno por estrés postraumático) los cambios fueron mucho más importantes (consulte en este volumen las sinopsis en los capítulos 12, de Sheridan y Lord, y 15, de La Greca y Danzi).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es responsable de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) que recientemente publicó su 11a edición. Existen varias diferencias importantes entre la CIE y el DSM. La CIE es controlada por una organización internacional, no por una estadounidense, y abarca todas las áreas de la medicina, no sólo la psiquiatría. También puede obtenerse sin costo (ingrese a <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> y luego amplíe la sección 06 para ver la lista de "trastornos mentales, conductuales o del neurodesarrollo"), mientras que el costo de cada copia del DSM es considerable. La CIE se ha traducido también a distintos idiomas, aunque es menos conocida en Estados Unidos. Un hecho poco conocido es que todos los códigos de facturación de las empresas de seguros hacen referencia a los diagnósticos de la CIE, ya que cada país que es miembro de las Naciones Unidas está obligado a utilizar las definiciones de la CIE para reportar a la OMS las estadísticas de salud mental. Quienes sean entusiastas de los sistemas abiertos y deseen fomentar la cooperación internacional, la representación cultural y el uso compartido de recursos también serán partidarios de la CIE.

Hasta la llegada de la CIE-11, la parte del instrumento dedicada a la salud mental solía seguir de cerca al DSM. La CIE-11 presenta algunas diferencias importantes respecto al DSM-5. Para quienes trabajan con niños, una diferencia relevante es la manera en que conceptualiza a los chicos que son extremadamente malhumorados y agresivos, pero que no cumplen los criterios del trastorno bipolar (en Wikiversidad encontrará como ejemplo el caso de Deshawn). El DSM-5 agregó un nuevo diagnóstico del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA) y lo ubicó en el capítulo dedicado a la depresión para indicar que no se trataba del trastorno bipolar ni del trastorno negativista desafiante (TND) común. En contraste, la CIE revisó dos grupos de publicaciones: todo lo que pudiera encontrarse sobre los diagnósticos relevantes y también el trabajo sobre la psicopatología del desarrollo de trayectorias longitudinales de los problemas externalizantes (Evans et al., 2017), y decidió: (1) no incluir el nuevo diagnóstico del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA); (2) conceptualizar que los casos que se

ajustan a esta imagen clínica no presentan depresión sino problemas de externalización; y (3) añadir una precisión al trastorno negativista desafiante (TND) que permita al clínico etiquetar el caso e indicar la presencia de problemas graves del estado de ánimo que deben formar parte del plan de tratamiento.

La distinción importa. Cuando enfrentamos un caso (vea el caso de Deshawn en Wikiversidad), debemos decidir si evaluamos depresión, problemas de externalización o ambos. En el contexto de este libro, queremos un plan que use lo que conocemos de la persona para decidir si profundizamos en la depresión (vea en este volumen el capítulo 7 de Hankin y Cohen), el trastorno bipolar (revise en este volumen el capítulo 8 de Youngstrom, Morton y Murray) o problemas de conducta (vea en este volumen el capítulo 6 de Walker, Frick y McMahon), sin perder de vista comorbilidades importantes o la contribución de otros factores. La diferencia en la conceptualización también importa al menos lo mismo en términos de los planes de tratamiento. El uso de una prueba de banda ancha como el Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach (ASEBA), el Sistema de Evaluación Conductual para Niños (SECN), el Inventario de Síntomas de Niños y Adolescentes (ISNA) o una batería inicial diseñada para cobertura amplia (en la Tabla 1.2 y en Wikiversidad encontrará opciones gratuitas de algunos menús de muestra para cada uno) le ayudará a obtener con rapidez mucha información para comparar diferentes hipótesis.

Existen también otros sistemas de clasificación que no se revisan en este texto con tanta profundidad. El enfoque de los Criterios de Dominio de Investigación (CDI) es una revisión importante de la investigación básica que se aleja del diagnóstico para enfocarse en las dimensiones básicas del funcionamiento (Cuthbert e Insel, 2010, 2013). Este sistema generó cambios en las propuestas de becas y estudios en progreso, pero tendrán que pasar varios años antes de que tenga aplicaciones clínicas claras. La inversión que hace el sistema de Criterios de Dominio de Investigación (CDI) en investigación y desarrollo es análoga a cambios fundamentales en el procesamiento y preparación de la comida, se requiere tiempo para que llegue a la mesa, pero una vez que lo hace puede generar grandes mejoras.

En el otro extremo está el sistema de clasificación educativa que dirige la ubicación en sistemas de educación especial, programas para sobredotados, y otros recursos y seguimiento educativo. Es necesario conocer el sistema y la forma en que funciona para ayudar a los jóvenes a obtener los servicios que necesitan. Sorprendentemente, las escuelas no usan directamente los criterios del DSM o de la CIE. No es que los diagnósticos sean irrelevantes, sino que son un factor de un sistema multifactorial de evaluación educativa y son de utilidad en la medida que están ligados a alteraciones conduc-

tuales y emocionales que dificultan el aprendizaje de los jóvenes. Los capítulos que se presentan en este volumen sobre discapacidad intelectual (capítulo 13 de Kamphaus y Walden) y discapacidad para el aprendizaje (capítulo 14 de McGill, Styck y Dombrowski) hacen una revisión detallada de los aspectos de la evaluación, mientras que los capítulos complementarios en el texto sobre tratamientos (Matson et al., 2019; McGill y Ndiip, 2019) ofrecen mayor contexto e ideas sobre recursos y recomendaciones. Otros capítulos exponen métodos específicos para conocer las perspectivas del maestro usando, entre otros métodos, escalas formales de calificación y reportes diarios a fin de evaluar el funcionamiento y el progreso (revise en este volumen el capítulo 5 de Owens, Evans y Margherio).

Presentación clínica

Clínicos y cocineros experimentados, como cualquier profesional experto, usan un patrón complejo de reconocimiento para evaluar lo que sucede. Los expertos no se enfocan en el conocimiento antecedente general, sino en un conjunto diferente de detalles para integrar hechos e información (Epstein, 2019). Los clínicos y cocineros novatos necesitan tener más información general antecedente, así como un prototipo para obtener una imagen mental sobre cómo podrían acoplarse los hechos (Straus, Glasziou, Richardson y Haynes, 2011). En muchos textos de psicología anormal, la instantánea clínica describe la presentación "clásica" ofreciendo una ilustración clara del concepto. De manera muy parecida a las fotografías retocadas de los profesionales en libros de recetas y programas de cocina, son un caso ideal de claridad que ocasionalmente podríamos encontrar en nuestro trabajo. Vale la pena tener la imagen en mente, pero es mejor recordar que la realidad suele ser más complicada. Los problemas de salud mental suelen tener muchas facetas y la contribución de muchos factores. Cada familia es diferente, aunque todas enfrentan a menudo problemas arquetípicos. A medida que se desarrolla el proceso de evaluación, los casos que usamos en la enseñanza, en particular los casos en línea, tienen un grado realista de complejidad y "giros en la trama".

Prevalencia y referentes clínicos

Algunos problemas clínicos son comunes, otros lo son menos, y la mayoría de los que aparecen en la CIE o el DSM son raros. Lo que vemos depende de dónde estamos trabajando. Pueden existir diferencias regionales. Las tasas de suicidio varían entre los países (en Corea y en Japón son mucho más altas que el promedio global), al interior de los países (es más alta en el huso horario de la montaña que en el resto de Estados Unidos) e incluso dentro de los estados (es más alta en el occidente

de Carolina del Norte que en el resto del estado). También varían por región los servicios que buscan las familias y la manera en que describen el problema.

Los estudios epidemiológicos nos brindan un reporte preliminar de qué tan frecuentes son diferentes problemas. Éste es un punto de partida valioso ya que nos ayuda a identificar los problemas más comunes y las prioridades de salud pública. Cualquiera que trabaje con niños pequeños debería estar preparado para evaluar posibles trastornos de ansiedad (revise en este volumen el capítulo 10 de Fleischer, Crane y Kendall) y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), que probablemente afectan a entre 8 y 20% de la población general de niños y adolescentes (Tabla 1.1).

Otros problemas aparecen y desaparecen con la edad. La ansiedad por la separación tiende a disminuir mientras que la depresión, el trastorno bipolar, los problemas de conducta, los problemas alimentarios y la psicosis aumentan en la adolescencia. Si conocemos el grupo de edad con el que trabajamos, podemos obtener los ingredientes necesarios para conducirnos en los problemas más habituales. El principio es la ley de las "condiciones esenciales", según la cual existe un subconjunto de problemas clínicos que se presentarán en la mayor parte de nuestros casos. Pareto fue un economista que popularizó la "regla del 80:20": 80% de los casos estarán relacionados con 20% de los problemas o diagnósticos. Prepararse de antemano para las condiciones esenciales nos permite organizar un menú de evaluaciones que cubran las necesidades de la mayoría de nuestros casos (Youngstrom y Van Meter, 2016). A su vez, eso nos permite trabajar de manera más eficiente y dedicar el precioso tiempo restante a la exploración de las excepciones y la individualización de las evaluaciones. En lugar de preparar desde cero la salsa para cada pasta, almacenamos una salsa básica que luego sazonamos y decoramos para el cliente.

Referentes clínicos

La mayoría de los estudios epidemiológicos se enfocan en la población general, lo que significa que las tasas incluyen a personas que no buscan tratamiento. En ocasiones, esto se debe a que los problemas son leves (Berkson, 1946), lo que condujo a un debate acerca de si los estudios epidemiológicos identifican casos "verdaderos" (Bird et al., 1990). Más a menudo, obedece a la existencia de barreras para obtener servicios; en la mayor parte del mundo no existen psicólogos o psiquiatras suficientes para satisfacer las necesidades de salud mental de la población. También hay mucho estigma relacionado con la salud mental, lo que aumenta la renuencia de la gente a admitir que tiene un problema y a que la búsqueda de atención les provoque timidez o vergüenza (Corrigan, Druss y Perlick, 2014; Hinshaw y Cicchetti,

2000). El idioma y las diferencias culturales también pueden dificultar el acceso. Todos esos factores significan que lo que reporta el epidemiólogo no se asemeja a la mezcla de problemas que vemos en nuestra clínica.

Para nuestro trabajo, resultaría más útil conocer los problemas y necesidades comunes en nuestra clínica. Si contamos con un registro médico electrónico o tenemos tiempo y motivación suficientes, podríamos revisar las gráficas y obtener un resumen. Eso supone mucho trabajo, es como si un restaurante examinara a detalle las recetas de un año y tratara de encontrar los patrones para afinar las ofertas en el menú. Para darle una idea aproximada, los capítulos de contenido incluyen estándares de diferentes escenarios clínicos que muestran cómo cambia la posibilidad de trabajar con diferentes trastornos o problemas según los niveles de atención. Por ejemplo, en la población general son raras las conductas bipolares o suicidas, pero se convierten en una parte mayor de las referencias en los escenarios ambulatorios, y en una porción incluso mayor en programas de hospitalización parcial y tratamiento forense o residencial; y se encuentran entre los problemas más comunes en los hospitales y las salas de emergencia (p. ej., Blader y Carlson, 2007). Uno de nosotros (E. A. Youngstrom) trabajó en todos esos escenarios durante su entrenamiento y acreditación (hizo el internado en seis diferentes escenarios en un año), y la cantidad de casos de trastorno bipolar cambiaba en cada rotación.

Los capítulos de contenido dan una idea de cómo cambian los referentes de prevalencia según los niveles de atención. La Tabla 1.1 organiza la información de una manera distinta, en lugar de profundizar en muchos escenarios para un trastorno, hace una revisión de muchos trastornos en sólo dos escenarios: la población general y las clínicas ambulatorias. Las clínicas ambulatorias son la mejor aproximación al escenario en que los estudiantes suelen ver a sus primeros pacientes y donde sigue trabajando el grueso de los profesionales con práctica privada. Los Centros para el Control y Prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) rastrean las tasas de algunos diagnósticos (aunque existen omisiones sorprendentes, p. ej., no reportan las cifras de los trastornos de conducta), y la Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) publica tasas de un subgrupo de estados (pero los diagnósticos incluyen retrocesos al DSM-III). Tal vez resulte más útil el metaanálisis donde Rettew y colaboradores (2009) examinaron el acuerdo entre los diagnósticos clínicos usuales (una entrevista no estructurada) y diagnósticos que utilizaron una entrevista más estructurada con la misma gente. El metaanálisis ofrece una instantánea sumamente útil de la mezcla en las clínicas.

Podemos usar esas cifras para hacer una lista de los casos que nos son canalizados más a menudo. Con base en el metaanálisis, nuestra lista de "condiciones esenciales" debería incluir el TDAH, problemas de conducta, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, trastorno obsesivo-compulsivo, trauma y trastorno por estrés post-traumático (TEPT). Esta lista corresponde a ocho capítulos del libro. Para redondear el menú, podemos agregar algunas condiciones que, aunque raras, son clínicamente cruciales (Morrison, 2014), como la conducta autolesiva. También podemos ir más allá de los diagnósticos tradicionales y aplicar la ciencia del desarrollo para considerar problemas relacionados con el sueño, que cambia de manera marcada en el curso de la niñez a la adolescencia y la adultez, ya que las alteraciones del sueño juegan un papel importante en el inicio o empeoramiento de muchos problemas cognitivos y emocionales (revise en este volumen el capítulo 23 de Meltzer). Si trabajamos con un grupo de edad más estrecho, o si tenemos una especialidad clínica, es probable que afinemos más el menú. Por ejemplo, si trabajamos principalmente con adolescentes, podemos esperar ver más trastornos alimentarios (revise en este volumen el capítulo 21 de Bardone-Cone y von Ranson), dismorfia corporal (capítulo 22 de Summers, Ladis, Weingarden y Wilhelm en este volumen), trastornos del estado de ánimo (capítulo 7 de Hankin y Cohen en este volumen), psicosis (capítulo 20 de Sharma y McClellan en este volumen) o trastorno obsesivo-compulsivo (capítulo 11 de Abramowitz y Buchholz en este volumen).

La coincidencia entre los números del metaanálisis o de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) con lo que vemos en nuestra clínica resulta tranquilizante. Encontrar diferencias debería detenernos y hacernos pensar si hay algo inusual en nuestro patrón de referencias o en la posibilidad de mejorar nuestra práctica para satisfacer mejor las necesidades de nuestros clientes. Es posible que existan huecos en nuestro entrenamiento o tradición; por ejemplo, muchos programas de entrenamiento históricamente han omitido mucha información sobre la evaluación de problemas relacionados con sustancias. También pueden existir cambios en los problemas comunes. En el lapso de unas cuantas décadas, aumentó la tasa de conducta autolesiva no suicida (revise en este volumen el capítulo 9 de Millner y Nock) y existen cambios en las tasas de depresión (Twenge et al., 2010; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002). Las redes sociales y el tiempo de pantalla pueden estar contribuyendo a los cambios rápidos en la ansiedad y la conducta arriesgada (Nesi, Miller y Prinstein, 2017; Nesi y Prinstein, 2019), así como a los problemas de sueño (Burkhart y Phelps, 2009; revise en este volumen el capítulo 23 de Meltzer). Todo lo anterior puede ser una oportunidad para personalizar nuestra caja de herramientas de evaluación y adecuarlas mejor a la gente que busca nuestra ayuda.

Tabla 1.1. Referentes de prevalencia de los problemas clínicos revisados en este volumen

Pacientes ambulatorios (Rettew et al., 2009)						
Capítulo	Capítulo	CDC	DAU	SDI	Población general ^c	
TDAH	5	11% o 6.8% ^a	23%			
Problemas de conducta	6	3.5% ^a	17% TD, 37% TND	25% TD, 38% TND		1.5-3.2% antisocial ^b
Trastornos del estado de ánimo			17% TDM, 10% distimia	26% TMD, 8% distimia		
Depresión	7	2.1% ^a	—	—		
Bipolar	8	—	—	—		2.9% ^{NCS-A} , 1% bipolar I, 2-4% en el espectro
Pensamiento y conducta autolesivos						
Conducta autolesiva no suicida	9					
Ideación						
Intento						
Ansiedad		3.0% ^a				
En niños y adolescentes	10		8%	18%		
Fobia específica y social		—	6% (social)	20% (social)		9% social y 19% específica ^{NCS-A}
Pánico y agorafobia		—	12% (pánico)	11% (pánico)		2.4% agorafobia, 2.3% pánico ^{NCS-A}
Trastorno de ansiedad generalizada		—	5%	10%		2.2% ^{NCS-A}

Tabla 1.1. Referentes de prevalencia de los problemas clínicos revisados en este volumen (*continuación*)

Trastorno obsesivo-compulsivo	11	—	9%	12%	1-2%
Trastorno por estrés posttraumático	15	—	3%	9%	5% ^{NCS-A} , 3.6% ^{NCS18-54}
Trastornos por consumo de sustancias	19	4.7% ^a	14%	17%	
Trastorno por consumo de alcohol		4.2% ^a	10%	13%	
Esquizofrenia	20	—	—	—	0.014% niños
Trastornos de personalidad		—	—	—	
Grupo A					3-6% vidab
Grupo B (antisocial separado)			⊕		1-5% vidab
Grupo C					2-4% vidab
Problemas de pareja		—	—	—	~50% tasa de divorcio
Trastornos alimentarios	21	—	—	—	
Trastornos del sueño y vigilia	23	—	—	—	

Nota: Adaptado de Youngstrom y Van Meter (2016); [https://en.wikiversity.org/wiki/Evidence-based_assessment: CC-BY-SA 4.0 CDC, Centros para el control y prevención de enfermedades: DU, diagnóstico usual: EDE, entrevista diagn3stica estandarizada: TC, trastorno de conducta: TND, trastorno negativista desafiante: TDM, trastorno depresivo mayor: NCS-A, Encuesta Nacional de Comorbididad-Complemento para adolescentes: NCS18-54 es la cohorte de 18 a 54 años de la Encuesta Nacional de Comorbididad: 80](https://en.wikiversity.org/wiki/Evidence-based_assessment:_CC-BY-SA_4.0_CDC_Centros_para_el_control_y_prevencci3n_de_enfermedades:_DU_diagn3stico_usual:_EDE:_entrevista_diagn3stica_estandarizada:_TC:_trastorno_de_conducta:_TND:_trastorno_negativista_desafiante:_TDM:_trastorno_depresivo_mayor:_NCS-A:_Encuesta_Nacional_de_Comorbididad-Complemento_para_adolosccentes:_NCS18-54_es_la_cohorte_de_18_a_54_años_de_la_Encuesta_Nacional_de_Comorbididad:_80)

^aPerou et al. (2013).

^bRoth y Fomagy (2005).

^cLas tasas epidemiológicas se refieren a la poblaci3n general, no a muestras que buscan tratamiento, por lo que a menudo representan un límite inferior a lo que se esperaría en una clínica.

PREDICCIÓN: RECABAR DATOS PARA GUIAR LA EVALUACIÓN

En la evaluación clínica son comunes dos diferentes escenarios. Uno es la “evaluación psicológica” en que la meta principal de la canalización es la evaluación misma. Algunos ejemplos frecuentes son las evaluaciones con propósitos de ubicación educativa: en programas para sobredotados, educación especial, discapacidad para el aprendizaje o inscripción temprana en el jardín de niños. Otro ejemplo es la evaluación neuropsicológica después de una lesión o enfermedad, lo mismo que los grupos de diagnóstico en los centros médicos o las evaluaciones forenses. En cada uno de los anteriores, se realiza un reporte escrito que incluye los resultados de la evaluación, su interpretación y las recomendaciones de lo que debe hacerse a continuación. Un segundo escenario es el que ocurre cuando somos nosotros los encargados de darle terapia al cliente. En este caso, no suele hacerse un reporte escrito de la evaluación, sino que el trabajo se basa en las notas de cada sesión y el plan de tratamiento. Las diferencias son tan marcadas como las que existen entre revisar el menú detallado de un restaurante y ordenar el almuerzo de manera automática en uno de los lugares que solemos frecuentar. Creemos que con un poco de planeación es posible mejorar el impacto de nuestro trabajo en cualquier escenario. Una de las estrategias es recabar información antes de la primera sesión. Podemos enviar de manera anticipada cuestionarios, escalas de calificación y listas de cotejo o hacer que los clientes las respondan en la sala de espera antes de la reunión. Si lo hacen de manera electrónica, podemos tener la información calificada al reunirnos.

Para empezar la evaluación, le ofrecemos algunos menús que ejemplifican cómo luciría una “batería principal” (vea la Tabla 1.2). Estos menús incluyen escalas y preguntas que deben responderse antes de la primera sesión, ya sea enviándolos con anticipación o en la sala de espera. Existen varias opciones cuyo diseño implica la revisión de diversos temas, los cuales son conocidos como instrumentos de “banda ancha” por el rango amplio de su contenido. Dos ejemplos de los instrumentos de banda ancha más utilizados son el Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach (SEEA; Achenbach y Rescorla, 2001) y el Sistema de Evaluación Conductual para Niños (SECN; Reynolds y Kamphaus, 2015). El Inventario de Síntomas de Niños y Adolescentes (ISNA; Gadow y Sprafkin, 1994, 1997) es un sistema alternativo que se apega a los síntomas y definiciones del DSM. La cantidad de investigaciones que sustenta a estas opciones va de moderada a enorme, y cada opción incluye versiones que pueden ser llenadas por los padres, maestros e incluso los jóvenes (si lo permiten su edad y capacidad lectora). El Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach (SEEA) y el Sistema de Evaluación Conductual para Niños

(SECN) también ofrecen datos normativos que nos dan una idea de cuál es la conducta típica de niños y niñas de diferentes edades. Advierta que el Inventario de Síntomas de Niños y Adolescentes (ISNA) no tiene el mismo tipo de normas detalladas, sino que se concentra en esquematizar los diagnósticos.

Todo eso cuesta dinero. El costo es bajo considerando la cantidad de información que se recaba, y uno de los ingredientes más costosos en la elaboración del instrumento es el desarrollo de un conjunto preciso de normas. Con todo, el costo genera una barrera a su uso en muchos escenarios (Jensen-Doss y Hawley, 2010, 2011). También existen huecos en la cobertura debido a los cambios en la ciencia y en los problemas que las familias necesitan que sean evaluados. Por ejemplo, los reactivos originales del Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach (SEEA) fueron escritos a finales de la década de 1970 y se publicaron a inicios de la década de 1980. Fueron anteriores al DSM-III. Cuando se escribieron los reactivos, había poca investigación sobre el autismo y menos sobre el trastorno bipolar en los jóvenes, y se consideraba que ambos eran demasiado raros para que valiera la pena incluirlos en una prueba amplia. Tampoco se incluyeron los trastornos alimentarios, la conducta autolesiva no suicida (CALNS) ni la adicción a Internet. La primera versión del Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach (SEEA) es anterior a Internet ¡y mucho más antigua que el iPhone! En la Figura 1.1, encontrará una línea de tiempo más amplia que muestra los cambios en la evaluación y la tecnología.

Los menús de inicio complementan así las pruebas generales con algunas escalas más recientes y enfocadas para redondear las ofertas y evitar la omisión de las condiciones esenciales. A medida que vaya cambiando su lugar de trabajo o conforme aprenda más sobre la profesión, podrá adaptar el menú a sus necesidades. Si trabaja en un lugar donde los costos son una preocupación importante, tenemos menús de muestra elaborados a partir de las mejores opciones gratuitas. En este caso, “mejor” significa que son sustentados por datos publicados que muestran buena confiabilidad y validez en las muestras que probablemente sean similares a las que suelen encontrar los clínicos en una clínica ambulatoria (Beidas et al., 2015). Nada de esto supone un apoyo oficial que recomiende el uso exclusivo de algún instrumento. Se trata de ideas para ayudarlo a empezar y ejemplos de opciones que, si bien no son nominadas como las mejores, sí son lo “suficientemente buenas”.

Herramientas de evaluación y apoyos diagnósticos

Una vez que el cliente o su familia respondieron escalas y formatos, debemos revisarlos. Aunque parece obvio, en muchos lugares se vuelve habitual completar el pa-

Tabla 1.2. Ejemplos de los menús de inicio por temas para obtener información preliminar sobre algunas “condiciones esenciales

Padres acerca del joven	Joven acerca de sí mismo	Adulto acerca de sí mismo
TDAH	(TDAH) ^a	TDAH
Depresión	Depresión	Depresión
Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad
Abuso/TPEPT	Abuso/TPEPT	Abuso/TPEPT
Trastorno bipolar	Trastorno bipolar	Trastorno bipolar
Consumo de sustancias	Consumo de sustancias	Consumo de sustancias
TND y TC	TND y TC	

^aMuchos expertos no recomiendan el autoinforme como forma de evaluar el TDAH. Consulte los detalles en Owens et al. (capítulo 5 de este volumen).

peleo sin pensar en la información que representa. A los clientes no les importa llenar los formatos si eso mejora la atención que reciben (Suppiger et al., 2009), pero odian tanto como nosotros hacer un papeleo inútil.

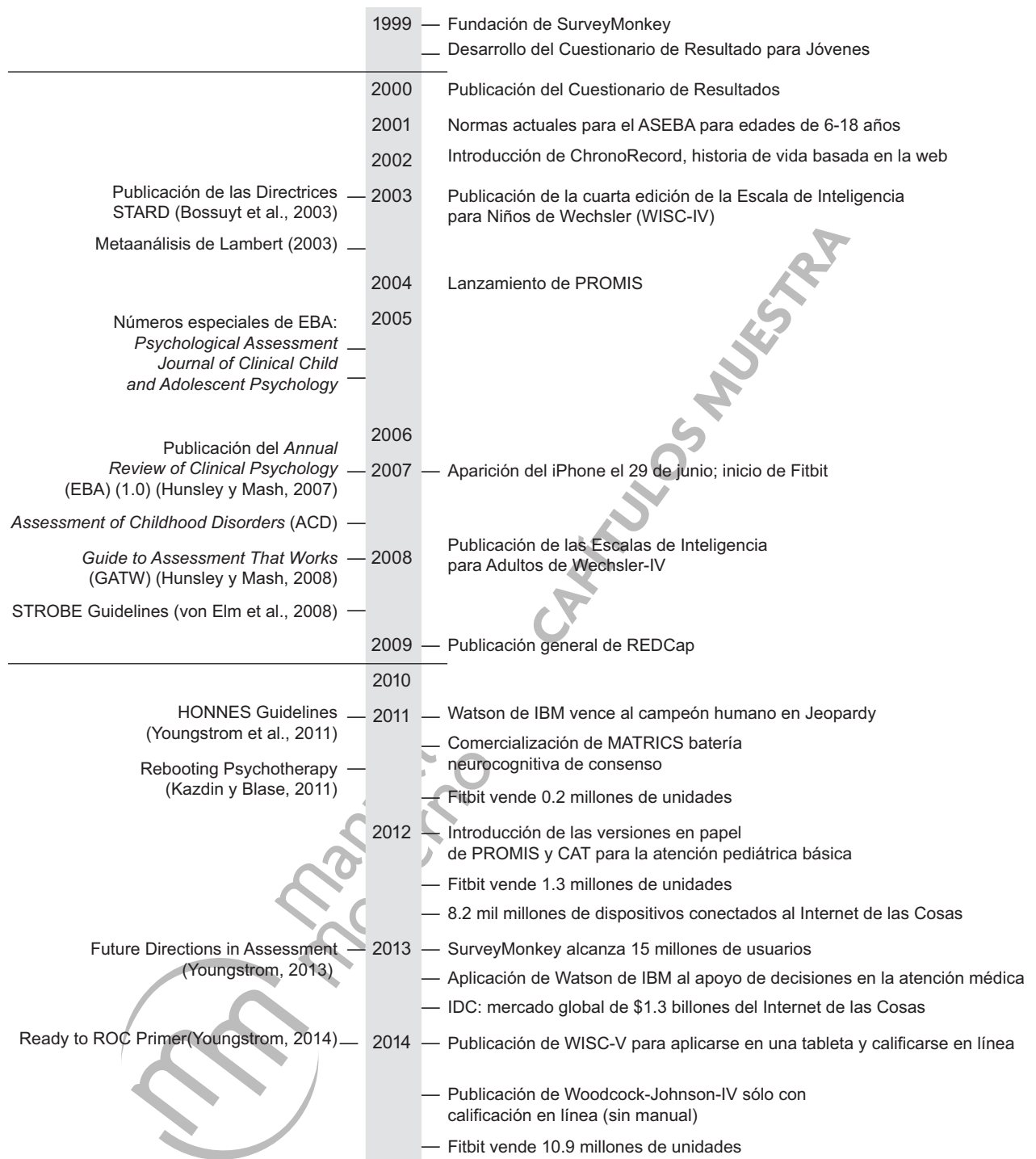
Por lo menos debemos revisar los resultados para asegurarnos de que están completos y ver cuáles son los principales temas. Algunos, como el Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach (SEEA), ofrecen recuadros donde la persona puede escribir un ejemplo. Se supone que debemos leerlos y emplear el juicio clínico para decidir si son clínicamente preocupantes, analizarlos con el cliente según se requiera y volver a calificar el reactivo de ser necesario. Es algo que suelen olvidar los profesionales y los asistentes de investigación ocupados (Drotar, Stein y Perrin, 1995).

Algunas escalas incluyen reactivos que preguntan sobre contenidos delicados como la ideación suicida y el consumo de sustancias. Se trata de temas sobre los que es más probable que la gente ofrezca información cuando se les pregunta en papel o en una computadora que cuando los interroga una persona desconocida (Lucas, Gratch, King y Morency, 2014; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000). Revisar las escalas con los clientes les muestra que participan en la evaluación y proporciona una buena base para conversaciones que soliciten su contribución y puntos de vista.

Puede ser mejor usar la información como un reporte exploratorio o menú de degustación que nos orienta respecto a los puntos en que debemos enfocar la atención durante la entrevista. La estrategia más simple es ver cuáles son las puntuaciones elevadas. Un enfoque

más avanzado es pensar en términos de probabilidad, como solemos hacer con los pronósticos del clima, las elecciones y los eventos deportivos (Silver, 2015). Podemos calcular la probabilidad de que el cliente presente diferentes problemas tomando la probabilidad inicial — la tasa base clínica del problema— para personalizarla luego a partir de los resultados de la evaluación (Straus et al., 2011). La idea ha estado presente durante algunos siglos (Bayes y Price, 1763) y tanto Meehl (1954) como la medicina basada en la evidencia la han defendido por un par de décadas (Jaeschke, Guyatt y Sackett, 1994). La técnica despegó al empezar a emplearse en la web y en teléfonos inteligentes y a partir de su uso en tabletas y otros dispositivos por Watson de IBM (consulte Epstein, 2019). El capítulo de Van Meter sobre predicción (capítulo 2 de este volumen) hace una revisión detallada del proceso. Los capítulos de contenido y las páginas de Wikiversidad recogen el tamaño del efecto necesario para aplicar el resultado al cliente individual, una “razón de probabilidad diagnóstica” (RPD), lo que hace sencillo encontrarlo. Van Meter también habla sobre los conceptos antiguos de sensibilidad, especificidad y poder predictivo, pero usted puede decidir saltarse el uso de los métodos antiguos cuando entienda cómo pensar en términos de probabilidad.

Las estimaciones de probabilidad no pretenden reemplazar la formulación del caso, sino ofrecer con rapidez una gran cantidad de información. Son el horno de microondas de la evaluación: no preparan una comida *gourmet*, sino que usan la tecnología para acelerar partes del proceso. Igual que un horno de microondas, también



Continúa

Figura 1.1. Línea de tiempo de las principales revisiones de la evaluación basada en la evidencia, desarrollos paralelos en la evaluación psicológica y cambios tecnológicos relacionados. Copyright © 2019 E. Youngstrom: CC-BY 4.0

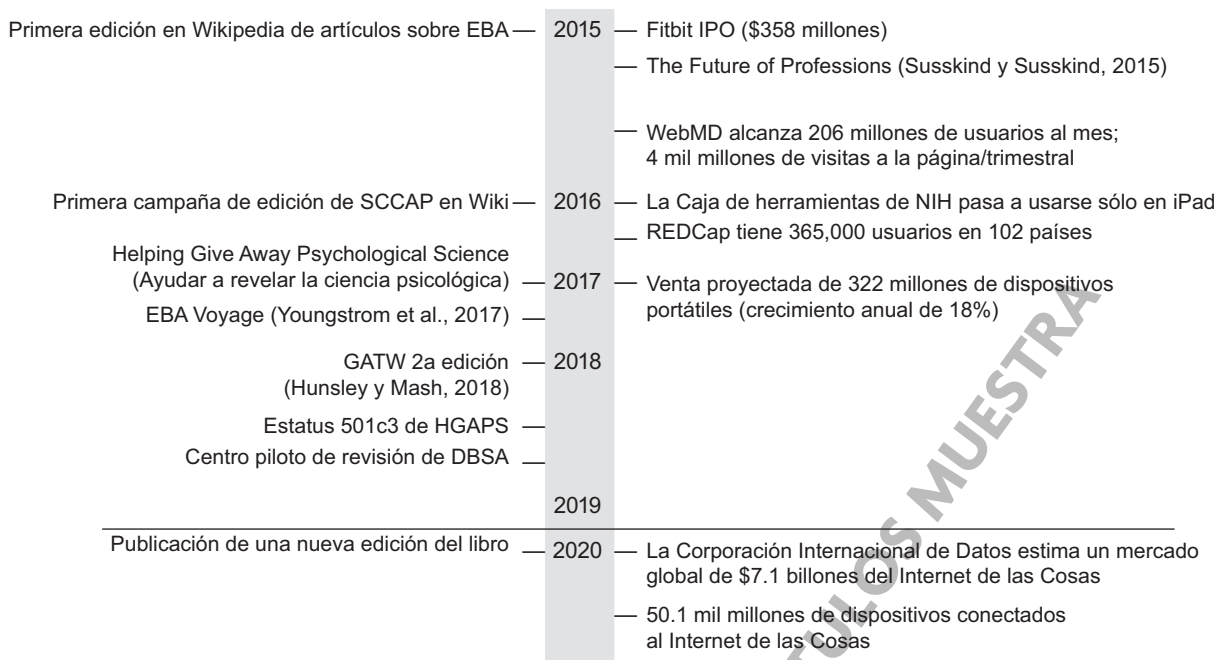


Figura 1.1. Línea de tiempo de las principales revisiones de la evaluación basada en la evidencia, desarrollos paralelos en la evaluación psicológica y cambios tecnológicos relacionados. Copyright © 2019 E. Youngstrom: CC-BY 4.0 (continuación)

brindan mucha mayor consistencia en el procesamiento de lo que obtendríamos improvisando en diferentes quemadores. La probabilidad de coincidir respecto a cuáles son los pasos a seguir es mayor cuando los clínicos usan esos métodos de probabilidad con las mismas contribuciones que cuando observan los mismos hechos y usan su intuición y experiencia para decidir lo que deben hacer a continuación (Jenkins, Youngstrom, Washburn y Youngstrom, 2011; Jenkins, Youngstrom, Youngstrom, Feeny y Findling, 2012).

Evaluación de otros informantes

Una de las mayores diferencias entre trabajar con jóvenes y hacerlo con adultos es que la evaluación casi siempre involucra también a un adulto. Además de trabajar directamente con el joven, obtenemos información de uno o más padres o maestros. A menudo es el adulto quien busca los servicios, hace la cita y lleva al joven. Así como un restaurante ofrece platillos diferentes en la sección para niños del menú, queremos considerar la perspectiva del adulto y del joven de formas apropiadas para el desarrollo. La edad y el desarrollo cognitivo de los jóvenes cambian las fuentes de información disponibles para el proceso de evaluación, y es posible que también cambien el peso que asignamos a los diferentes puntos de vista. Los niños pequeños no saben leer, por lo que no pueden completar cuestionarios de autoinforme e incluso los niños mayores pueden tener dificultad con la lectura complicada. Al mismo tiempo, también debemos considerar lo que el adulto desea obtener de la evalua-

ción. Además del valor de la información, a un nivel pragmático, suele ser el adulto quien paga la factura y el que decide si la familia va a regresar (aquí hay otra analogía con el restaurante). Si a la persona que paga la cuenta no le agrada el servicio, es probable que la familia no regrese.

Aunque en el caso de los adolescentes el informe de los padres sigue siendo importante, aumenta la viabilidad y utilidad del autoinforme. Queremos pensar detenidamente en los procesos que podrían estar detrás de los desacuerdos aparentes. Los adolescentes pueden no tener claro cómo los otros ven su conducta (el egocentrismo es parte del desarrollo adolescente típico). Si el joven no es quien programa la cita, es probable que esté menos motivado para acudir a la clínica, lo que a su vez puede dar lugar a que no informe de síntomas porque no quiere estar ahí. Por el contrario, los niveles de estrés de los padres pueden dar lugar a un informe exagerado, aunque no tanto como para que ignoremos sus puntos de vista (Youngstrom, Ackerman e IZard, 1999).

Una de las cosas más impresionantes cuando empezamos a hacer evaluación es el escaso acuerdo entre diferentes personas cuando les preguntamos sobre el mismo joven. Si bien la correlación entre los informes de padres, maestros y el joven es estadísticamente significativa, ronda alrededor del rango pequeño a medio ($r \square .28$ en dos metaanálisis enormes; Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; De Los Reyes et al., 2015). En el contexto de la investigación, las correlaciones son estadísticamente significativas y cada informante aporta información confiable sobre diversas situaciones y facetas

de la conducta. Pero cuando tratamos de averiguar lo que sucede con un cliente o una familia, la tarea se parece más a una historia de detectives que a un estudio científico. No se asuste cuando las respuestas de una persona (por lo regular la persona que hizo la cita) resulten clínicamente preocupantes, mientras que las perspectivas de los demás parezcan más comunes. Si dos o tres personas coinciden en relación a un problema, eso suele ser más grave (Carlson y Youngstrom, 2003; Youngstrom, Findling y Calabrese, 2003); cuando sólo uno esté seriamente preocupado, es necesario indagar un poco para decidir cuál es la mejor formulación y algo de cocina creativa para lograr algo que agrade a cada persona en la sesión de retroalimentación y que los haga regresar a las sesiones futuras. Los capítulos presentados en este volumen sobre predicción (el capítulo 2 de Van Meter) y prescripción y formulación del caso (el capítulo 3 de Jensen-Doss, Casline, Patel y McLeod) presentan ideas acerca de cómo dar sentido a las perspectivas de diferentes informantes; la fase de predicción genera hipótesis que podremos poner a prueba y corregir con rapidez durante la entrevista.

Normas y estandarización

Las normas nos ayudan a comparar la situación de nuestro cliente con lo que es típico (Achenbach, 2001), ya que se elaboran con un grupo de referencia definido, como "jóvenes de 6 a 18 años de edad que viven en Estados Unidos". Tal como se hace en una encuesta política, el objetivo es incluir una mezcla representativa de personas que coincida con la población de interés. Para que la muestra sea útil debe ser grande. El tamaño hace probable que los resultados caigan cerca de los valores "verdaderos". Las muestras muy grandes también hacen posible ver si los resultados difieren por edad, sexo u otras características. En las pruebas de capacidad cognitiva, la edad es una variable de gran importancia; los niños mayores suelen conocer más hechos, tener una capacidad mayor de la memoria de trabajo y una mayor velocidad en el procesamiento. Las mejoras que se dan con la edad pueden ser tan rápidas que la mayoría de las pruebas de capacidad cognitiva estratifican sus muestras en segmentos de tres meses. Cuando presentamos un caso de Wechsler, estamos comparando la puntuación del cliente con un grupo de más de 200 niños en una ventana de edad de tres meses (Wechsler, 2014).

Los problemas emocionales y de conducta también cambian con la edad. Los niños más pequeños tienden a ser más activos y les resulta más difícil mantenerse enfocados, mientras que es más probable que los adolescentes presenten cambios de humor y algunos síntomas depresivos. Pero esos cambios son mucho más lentos que los cambios cognitivos. La mayoría de las pruebas sobre el estado de ánimo y los problemas de conducta dividen

la muestra de estandarización en bandas definidas de cinco años o más (p. ej., Achenbach y Rescorla, 2001; Reynolds y Kamphaus, 2015), en lugar de los fragmentos de tres meses que se emplean en las pruebas cognitivas. Otra diferencia es que muchas pruebas tienen normas separadas para hombres y mujeres. Mientras las diferencias sexuales en el desempeño cognitivo suelen ser pequeñas, las diferencias en la conducta pueden ser más importantes. Las normas ayudan a separar lo que es típico para hombres o mujeres adolescentes y proporcionan una definición estadística de lo que es anormal.

En el caso de las normas, la desviación estándar es otra pieza de información importante que expresa qué tanto difieren los jóvenes entre sí en una característica. La combinación de la media y desviación estándar nos permite construir percentiles y puntuaciones estandarizadas. Aunque parece sencillo entender los percentiles, tienen peculiaridades que los hacen engañosos (consulte el trabajo de Sattler, 2002), por lo que es más común confiar en las puntuaciones estandarizadas. Tres maneras comunes de escalarlas son las puntuaciones estandarizadas con $M = 100$ $DE = 15$, que son utilizadas por la mayor parte de las puntuaciones compuestas de las pruebas de capacidad y logro; las puntuaciones T con $M = 50$ y $DE = 10$, que además de ser características de la mayor parte de las escalas conductuales como el Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach (SEEA) y el Sistema de Evaluación Conductual para Niños (SECN), se emplean también en diferentes pruebas de personalidad; y las puntuaciones z con $M = 0$ y $DE = 1$, que se usan en la mayor parte de los cursos de estadística. Cuando hacemos una evaluación exhaustiva, diferentes pruebas suelen usar escalas diferentes, lo que es similar a servir un banquete en que algunas de las recetas emplean el sistema métrico con gramos y litros y otras usan el sistema imperial con cucharadas y onzas. Usar la puntuación z nos permite convertir las unidades. Un CI de 130 está dos desviaciones estándar por encima del promedio, por lo que $z = 2.0$, lo que equivaldría a un valor de 70 en unidades de puntuación T . Cualquiera de esas puntuaciones indicaría que la persona calificó en el percentil 97.5% en comparación con su grupo normativo. Siempre que usemos normas deberíamos preguntarnos si nuestro cliente es parecido a la muestra de estandarización en las variables que son importantes para el constructo. De existir diferencias, la pregunta de seguimiento atañe a la probabilidad de que la diferencia afecte las puntuaciones. Muchas variaciones pueden no importar, pero no queremos que se nos escapen las que pueden hacer inapropiada la comparación normativa.

Moderadores y factores de protección y de riesgo

Otro conjunto de ingredientes que es bueno reunir antes de la entrevista principal incluye los factores de pro-

tección y de riesgo, así como las cosas que podrían modificar los tipos de tratamiento recomendado. Los **factores de riesgo** incluyen cosas que son malas por derecho propio, así como cosas que incrementan el riesgo de otros diagnósticos o malos resultados. De manera rutinaria, es necesario preguntar sobre tres cosas: las amenazas contra sí mismos (ideación y conducta suicida; revise en este volumen el capítulo 9 de Millner y Nock), amenazas a otros (ideación o planes homicidas, así como agresión impulsiva con el acceso a un arma; revise en este volumen el capítulo 6 de Walker, Frick y McMahon) o abuso (físico, sexual o por negligencia; revise en este volumen el capítulo 18 de Milojevich y Wolfe). Cualquiera de esas tres condiciones debe ser abordada en la formulación del caso y plan de tratamiento, y cada una implica obligaciones en términos de un plan de seguridad y de reporte. Como con otros temas delicados, vale la pena preguntar más de una vez y de diferentes maneras, ya que la gente puede estar más dispuesta a hacer revelaciones en papel que en persona. Antes de preguntar, asegúrese de conocer las políticas de la clínica para manejar esas condiciones; si bien son una especie de papa caliente que querrá manejar de manera rápida y segura, también son oportunidades cruciales para ayudar a la persona.

Algunos ejemplos de factores de riesgo que podrían cambiar la probabilidad de otros diagnósticos o resultados incluyen la exposición a drogas durante el embarazo, lesiones encefálicas o la exposición a un desastre natural (revise en este volumen el capítulo 15 de La Greca y Danzi). La historia familiar suele ser el factor de riesgo que es más útil revisar; dado que muchos problemas se presentan en familias, debe preguntarse si existe un factor genético o un componente ambiental multigeneracional (Smoller y Finn, 2003; Weissman et al., 2000). Dejando a un lado la causalidad, conocer los temas y problemas comunes en una familia ayuda a disminuir la lista de sospechosos y a mejorar la formulación. A menudo, trazar el paralelo entre la situación del joven y la de otros miembros de la familia mejoró la comprensión y comunicación; y si otros familiares han tenido éxito al abordar los problemas, eso puede proporcionar una excelente receta para el tratamiento. La medicina personalizada está redescubriendo que la respuesta al tratamiento, y no sólo el problema, se da también en familias.

Los **moderadores** son aspectos que podrían cambiar la elección del tratamiento o el resultado probable. El diagnóstico en sí puede ser un moderador, ya que guía la elección de un tratamiento diferente o predice una respuesta distinta. El trastorno negativista desafiante, el conflicto entre padre e hijo y el trastorno por estrés post-traumático generan mucho estrés y un estado de ánimo irritable, pero su respuesta a la terapia familiar no es igualmente buena (vea en Wikiversidad el ejemplo del caso de Tamika). Otro moderador es la comorbilidad. Es

probable que los casos con más diagnósticos y problemas sean más difíciles de tratar y que muestren mejoras más pequeñas. Los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias (revise en este volumen el capítulo 19 de Chung y Wang) también complican el tratamiento. Cuando hay más de un problema, podemos agregar módulos de tratamiento, emparejando una estrategia de intervención con la faceta de un problema (Weisz et al., 2012). Las discrepancias en el punto de vista de los informantes también pueden ser moderadores. Un padre excesivamente preocupado podría beneficiarse de la psicoeducación para normalizar sus expectativas, o de obtener apoyo para sí mismo, mientras que la falta de interés y la negación del muchacho podrían sugerir la conveniencia de agregar la entrevista motivacional, la construcción de *rapport* u otras estrategias para interesarlo y liberarlo. Otros dos moderadores son la capacidad cognitiva y la edad. Entre mayor y más verbal sea la persona, más se beneficiará de los elementos cognitivos del tratamiento, mientras que los clientes más jóvenes, menos verbales o con mayor deterioro funcional suelen beneficiarse más de intervenciones conductuales (revise en este volumen el capítulo 3 de Jensen-Doss et al.).

Dificultades en la obtención de la historia familiar

A pesar de su valor clínico probado, no siempre es posible obtener una buena historia familiar. A menudo, el padre no participa directamente en el proceso de evaluación clínica. En muchas familias, el padre biológico puede haber estado ausente por años de la vida del niño o incluso desde la concepción. Cuando no se evalúa directamente a un padre, el clínico tiene que confiar en la información brindada por el otro adulto disponible. Frecuentemente, los padres no están familiarizados con los detalles de la historia de salud mental del otro adulto, especialmente en su niñez. Las entrevistas indirectas también promueven sesgos en el reporte. Si los padres tuvieron una relación abusiva o pasaron por un divorcio complicado, esas circunstancias fácilmente podrían cambiar el reporte sobre la historia de salud mental. Si el niño fue colocado en una situación de acogida temporal o es adoptado, la información disponible sobre los padres biológicos puede ser escasa o inexistente. En las clínicas forenses o establecidas en la escuela, los padres no suelen participar rutinariamente en las evaluaciones clínicas, lo que hace difícil incluirlos (revise en este volumen el capítulo 18 de Milojevich y Wolfe).

Otra cosa que debemos recordar es la posibilidad de que los diagnósticos históricos en sí no hayan sido correctos. El diagnóstico de una historia familiar casi siempre se basa en una evaluación clínica previa, no en una investigación, por lo que un diagnóstico histórico es propenso a todas las limitaciones de los diagnósticos clínicos en general (Garb, 1998). El conocimiento incom-

pleto de los diagnósticos de otros miembros de la familia y una memoria deficiente agregan todavía más niebla. Todavía peor son los factores relacionados con la raza y el origen étnico que aumentan la posibilidad de que algunas cosas no sean detectadas o sean mal diagnosticadas. “Esquizofrenia”, “trastorno psicótico”, “personalidad antisocial”, “problemas por consumo de drogas y alcohol” o “trastorno de conducta” son etiquetas que pueden significar una enfermedad bipolar no diagnosticada, sobre todo en familias de grupos minoritarios (revise en este volumen el capítulo 8 de Youngstrom et al.). Por último, los miembros de la familia no suelen tener un entrenamiento clínico formal, por lo que es más probable que sus etiquetas hayan pasado por el filtro de sus lentes culturales. Por ejemplo, al describir a un familiar con trastorno bipolar podrían decir que es “muy nervioso” y “temperamental” o que sufre “ataques de ansiedad” (Carpenter-Song, 2009). Entre más tiempo trabajemos en un determinado escenario, más aprenderemos sobre los miembros de la comunidad a la que atendemos y más cómodos nos sentiremos usando su lenguaje para desarrollar una formulación compartida.

Corrección del sesgo cognitivo

Nuestro cerebro evolucionó para procesar con rapidez cantidades enormes de información usando atajos cognitivos llamados **heurísticos**. La razón por la que estos atajos fueron favorecidos por la evolución es que suelen funcionar bien (Gigerenzer, 2001), y cuando fallan lo hacen también de maneras predecibles (Kahneman, 2011). Estamos aprendiendo a aprovecharlos y depurarlos, lo que nos permite adquirir un importante conjunto de principios que pueden convertirse en buenos hábitos.

Croskerry (2002, 2003) se dedicó a estudiar los procesos de pensamiento de los médicos de las salas de emergencia y otros han aplicado las lecciones a la psiquiatría y la psicología (Galanter y Patel, 2005). Van Meter (en el capítulo 2 de este volumen) describe algunos de los atajos mentales más comunes que pueden salir mal junto con algunas de las técnicas rápidas y limpias para depurarlos. Tener siempre más de una hipótesis sobre lo que podría explicar los síntomas, obligar a las hipótesis a competir entre sí y recordar que la gente a menudo presenta más de un problema (es decir, que la comorbilidad es la regla más que la excepción) son ejemplos de los métodos de depuración que mejoran considerablemente la precisión de nuestra formulación del caso y el acuerdo con los clientes sobre las acciones a seguir a continuación (Jenkins et al., 2011). Van Meter introduce las técnicas de depuración al inicio del capítulo 2 de este volumen, pero también pueden ser de gran utilidad al oír los resultados de las escalas y prepararse para la entrevista en persona.

PRESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL CASO

La siguiente fase de la evaluación se concentra en lo que hacemos con el cliente durante la primera cita. Si la terapia es una travesía, entonces la sesión de evaluación y la formulación del caso resultante son el GPS que toma en consideración el punto en que el cliente está atorado, establece el destino deseado y sugiere una ruta óptima para llegar ahí (Youngstrom et al., 2017). Si los servicios psicológicos fuesen una comida de varios tiempos, entonces la sesión de evaluación sería el plato principal; es decir, la pieza central que brinda la mayor parte del sustento, se basa en los entremeses de la evaluación anterior y guía el curso posterior del tratamiento y el resultado. Si estamos viendo el caso para terapia, entonces es en la primera sesión cuando llegamos a conocer a la persona, entender su problema y sus metas, y cuando unimos todo en la “formulación del caso” que habrá de dirigir nuestro trabajo. Si estamos haciendo una evaluación psicológica que dará lugar a un informe y recomendaciones escritas, entonces podemos realizar más de una sesión para recabar los datos porque se requieren varias horas para realizar la entrevista y aplicar las pruebas requeridas. En cualquier caso, nos enfocamos en la manera en que la evaluación mejora nuestra comprensión de lo que sucede y en cómo dirige las siguientes acciones para el cliente. Podemos agregar algunas escalas de calificación más breves y específicas para obtener datos sobre hipótesis concretas; después realizaremos una entrevista donde hablaremos sobre las puntuaciones y respuestas y empezaremos a comparar los hallazgos con diferentes diagnósticos u otras maneras de formular nuestra conceptualización. Exploramos la historia de cómo se desarrollaron la persona y los problemas, y nos enteramos de sus preferencias personales, de modo que las recomendaciones sean individualizadas y más apetitosas.

Evaluaciones enfocadas y progresivas

En ocasiones, resulta útil añadir otros instrumentos de evaluación para profundizar en temas particulares. No es algo que hagamos con todos los clientes, pero tiene sentido hacerlo de manera individual. Cada adición debe agregar valor progresivo y ayudar a predecir algún objetivo clave, recomendar un cambio en el enfoque del tratamiento o conformar el proceso del trabajo conjunto (Youngstrom, 2013).

Muchas de esas evaluaciones más enfocadas pueden ser listas de cotejo y cuestionarios más breves. Si el cliente presenta altos niveles de problemas internalizantes, entonces un seguimiento con cuestionarios más detallados sobre ansiedad y depresión ayuda a distinguir qué aspectos de los problemas internalizantes son más importantes para la persona (revise en este volumen los

capítulos 10 de Fleischer et al., y 7 de Hankin y Cohen). De igual manera, si lo que preocupa es la depresión, añadir algunas escalas de manía ayuda a averiguar de qué tipo de trastorno del estado de ánimo se trata (revise en este volumen el capítulo 8 de Youngstrom et al.). En muchos escenarios, el trastorno bipolar no es lo bastante común para ameritar la inclusión de escalas de manía en la batería central que se usa con todos los clientes. Guardar las escalas de manía para un segundo nivel de evaluación ahorra tiempo y disminuye la carga al no aplicarlas innecesariamente, y ofrece motivación y contexto cuando se utilizan. De igual manera, las escalas de autismo (p. ej., revise en este volumen el capítulo 12 de Sheridan y Lord), las evaluaciones neurocognitivas de atención y velocidad del procesamiento, y los informes de los maestros acerca de problemas de atención son grandes adiciones al menú cuando la pregunta de referencia o hipótesis inicial las incluye como consideraciones, pero no es necesario incluirlas en el menú predeterminado de la clínica.

Si la preocupación es mencionada en la presentación del problema o el patrón de casos canalizados a la clínica, entonces las herramientas complementarias pueden ser elegidas e incluidas en el paquete inicial de manera anticipada, posiblemente antes de la primera entrevista. Algunos de esos instrumentos pueden llenarse en la sala de espera; otros, en especial las pruebas cognitivas y de logro (revise los trabajos de Kamphaus y Walden en el capítulo 13 y en 2020; y el capítulo 14 de McGill et al., en este volumen), por derecho propio pueden ser el centro de una sesión separada. En algunas clínicas más grandes, se cuenta con técnicos que se encargan de su aplicación y calificación y de presentar luego al psicólogo un resumen de los datos. En un viaje reciente a Shanghái, uno de nosotros (Youngstrom) visitó un hospital que tenía una sala con más de 50 cubículos con computadoras preparadas para que oleadas de pacientes respondieran los cuestionarios y pruebas neurocognitivas. Si bien no es algo que estemos recomendando, es un ejemplo extremo de lo que puede lograrse con una organización estilo cafetería. Dependiendo del orden en que se reúnan los datos, los hallazgos de esas evaluaciones focales adicionales ayudan a guiar la discusión y el sondeo durante la entrevista, o más tarde pueden ser comparados y sintetizados con el material de la entrevista para elaborar la formulación del caso, el resumen de la evaluación y las recomendaciones.

La entrevista

La entrevista de evaluación es el momento para reunir mucha información. Queremos escuchar a la persona describir el problema que presenta en sus propias palabras y traducir lo anterior en hipótesis que puedan ser evaluadas. Todo ello con el propósito de elaborar una

formulación que oriente a la persona en la elección de acciones que mejoren su situación. Deseamos entender la historia de desarrollo, condiciones contextuales, diagnósticos y cualquier factor cognitivo o cultural que pudiera cambiar el problema o su solución. Es mucho lo que se intenta lograr. La tarea se vuelve incluso más difícil en la medida en que aumenta el papeleo que debemos llevar a la sesión para tratar grandes temas y pequeños detalles que compiten por tiempo y atención (confidencialidad, revisión de seguros y facturas, informes obligados, la ubicación del baño, la manera de pagar el estacionamiento).

La aproximación más común es tratar la entrevista como una sesión de preguntas y respuestas, siguiendo los hilos de conversación que al clínico le parecen interesantes o importantes; si bien eso le da una sensación de control y confianza en su experiencia y entrenamiento (Meehl, 1997), también lo hace propenso al sesgo de confirmación, a pasar por alto una buena cantidad de factores de comorbilidad o complicación, y a verse abrumado por padres locuaces (Youngstrom et al., 2017). En el capítulo 3 de este volumen, Jensen-Doss y sus colaboradores hacen una buena revisión de las diversas opciones, desde las entrevistas completamente no estructuradas a las semiestructuradas y a las completamente estructuradas. Una entrevista totalmente estructurada sigue un guion en que todas las preguntas se hacen exactamente de la misma manera y siguen la misma lógica. Las entrevistas completamente computarizadas son la culminación obvia del enfoque totalmente estructurado y se han usado en diferentes plataformas por más de 20 años (Shaffer et al., 2000).

En las primeras etapas de nuestro entrenamiento, solemos sentirnos cómodos con los métodos totalmente estructurados. Éstos ofrecen claridad y andamiaje, y literalmente nos indican qué hacer y qué decir. Son una receta detallada para la entrevista, pero a medida que aumenta nuestra confianza nos hacen sentir restringidos e incluso aburridos. Queremos la libertad de usar nuestras propias palabras y hacer nuestras propias preguntas de seguimiento. Deseamos añadir nuestra propia sazón en lugar de ser un cocinero que sigue una receta al pie de la letra. Como profesionales, dejamos de usarlas en cuanto se nos permite hacer elecciones independientes. Todas las razones que aducimos para dejar de emplearlas (que toman demasiado tiempo, que a los clientes no les gustan, que dañan el *rapport*) han sido refutadas (revise en este volumen el capítulo 3 de Jensen-Doss). En realidad, los clientes prefieren enfoques más estructurados porque consideran que son más minuciosos y que dan lugar a una mejor comprensión (Suppiger et al., 2009). La confiabilidad también es mucho mayor.

Un enfoque híbrido podría mantener las mejores características de los métodos estructurados y los dirigidos por el clínico. Un ejemplo es la entrevista semiestructurada, con áreas de contenido establecidas, pero también

con cierta libertad en la manera de hacer las preguntas (p. ej., Kaufman et al., 1997). Otra posibilidad es elegir módulos o contenidos basados en las hipótesis y explorar el informe a partir de la evaluación inicial (Youngstrom et al., 2017). Una opción más es permitir que un técnico o una computadora realicen la entrevista estructurada y que el clínico analice y sondee luego los diagnósticos para decidir qué confirmar y qué ajustar. Cualquiera de esas opciones puede mantener las ventajas de una cobertura más exhaustiva y una mayor consistencia (es decir, mejor confiabilidad entre calificadores) a la vez que resulta menos restrictivo para el clínico. Si se hacen bien, nos ponen en el papel del chef principal que hace ajustes a los platillos después de que se prepararon los elementos básicos, pero antes de servirlos al cliente. En nuestra clínica, el entrenamiento suele empezar con la enseñanza de la entrevista estructurada y luego se anima a los entrevistadores para que la usen de una manera semiestructurada a medida que adquieren más confianza o ven otros factores para explorar en una formulación particular. En los capítulos de contenido, los expertos recomiendan las opciones de entrevista estructurada y semiestructurada que puedan ser apropiadas.

La mentalidad de los niños pequeños tiende a ser menos psicológica y durante las entrevistas formales suele resultarles difícil permanecer sentados y brindar respuestas significativas. Como en la práctica ambulatoria las canalizaciones suelen ser impulsadas por las preocupaciones de los padres, es común que los jóvenes se muestren menos motivados para cooperar con la entrevista. Por lo menos, parece buena práctica reunirse con el niño para entender sus preocupaciones, evaluar su motivación para el tratamiento y realizar observaciones conductuales que puedan: (1) apoyar o refutar el informe del padre; (2) identificar si la capacidad cognitiva, algún trastorno generalizado del desarrollo, un problema del habla o el lenguaje, algún otro factor médico, una consideración cultural o alguna mezcla de lo anterior podrían estar contribuyendo al problema; y (3) recabar alguna información inicial sobre la manera en que el niño responde a nivel interpersonal.

En lo que respecta a los adolescentes, la evaluación minuciosa del consumo de sustancias debería ser un rasgo destacado de la formulación del caso (revise en este volumen el capítulo 19 de Chung y Wang). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la conducta disruptiva y los trastornos del estado de ánimo están ligados a grandes incrementos en el riesgo de consumo de alcohol y de drogas. También puede ser necesario hablar acerca de la actividad sexual, ya que la impulsividad y la fluctuación en la autoestima asociadas con la adolescencia son amplificadas por los trastornos afectivos y del control de impulsos, lo que aumenta el riesgo de embarazos, infecciones y mala elección de parejas (p. ej., Stewart et al., 2012). La impulsividad y la conducta arriesgada son aspectos tan importantes de la adolescencia que en esta edición se agregó un nuevo capítulo dedica-

do al tema (el capítulo 24 de King et al.). Se trata de conversaciones que es más fácil tener en privado, pero antes de involucrarse asegúrese de que todos entienden las reglas sobre confidencialidad y sus excepciones.

Historia de desarrollo

La historia de desarrollo tiene influencias importantes en el proceso de evaluación. Es importante recabar los detalles, pero puede ser difícil separar la señal del ruido. ¿Importa que el cordón umbilical se enredara en el cuello del bebé y que éste se pusiera azul durante el parto ahora que lleva clases para sobredotados en la preparatoria? ¿Importa que tuviera varicela a los siete años? ¿A los 17? Existen algunas preguntas generales que es útil tener en mente cuando indagamos sobre la historia de desarrollo:

- **¿Los problemas presentados son antiguos o recientes?** Es una pregunta sencilla que puede exponer mucha información. Si los problemas son un desarrollo reciente, sabemos que hay un cambio en el funcionamiento. Preguntar cómo le iba al cliente antes de que las cosas se desmoronaran nos brinda una especie de línea base que será útil para establecer las metas del tratamiento. Saber que se trata de un cambio, contra una presentación más crónica o insidiosa, conduce a un conjunto diferente de hipótesis y aumenta o disminuye la probabilidad de diferentes diagnósticos. Los cambios abruptos en el funcionamiento son más sugerentes de trastornos del estado de ánimo, consumo de sustancias, exposición al trauma o a nuevos estresores ambientales, mientras que una presentación más crónica de los mismos síntomas podría ser indicador de trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de personalidad o del espectro autista, discapacidad para el aprendizaje y otras condiciones que tienen un aspecto neurocognitivo o temperamental de larga duración (Morrison, 2014). Por supuesto, no es un mapeo perfecto. Puede parecer que personas con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o una discapacidad de aprendizaje desarrollan de repente problemas cuando el trabajo escolar excede su capacidad para seguir el ritmo, y los trastornos del estado de ánimo pueden incluir el trastorno ciclotímico o trastorno depresivo persistente (conocido antes como "distimia") con episodios que duran años. **Antiguo o reciente** sigue siendo una pregunta importante para obtener y organizar con rapidez una gran cantidad de datos.
- **¿Los problemas se limitan a un escenario o son evidentes en varios?** Si los problemas ocurren principalmente en un lugar o relación, entonces la

atención suele dirigirse al ambiente más que a una explicación biológica o del neurodesarrollo. Un buen análisis conductual puede ser de gran ayuda (Shapiro y Skinner, 1990). ¿Cuáles son los antecedentes y cuáles son las consecuencias o reforzadores que ocurren alrededor de la conducta problema? ¿Qué es diferente entre el hogar y la escuela? ¿O con el hermano menor o la hermana mayor? Cuando problemas similares son advertidos por muchas personas en diversos escenarios, el problema suele ser más grave y estar asociado con mayor deterioro (Carlson y Youngstrom, 2003). Por el contrario, los problemas que son peores en un único contexto brindan señales sobre la manera de cambiar el ambiente y los reforzadores para modificar la conducta (Vollmer y Northup, 1996).

Cuando obtenemos información de más de una persona, las semejanzas y diferencias en sus puntos de vista tienen implicaciones importantes para el tratamiento y la posibilidad de que se apeguen al mismo, así como para nuestra formulación inicial (¡más adelante hablaremos de esto!).

- **¿Existen otras explicaciones potenciales para lo que está ocurriendo?** El DSM-IV usaba un sistema de cinco ejes para formular impresiones diagnósticas; el eje III se dedicaba a considerar "otras condiciones médicas" que podrían estar afectando la salud mental y el funcionamiento interpersonal. Si bien el DSM-5 abandonó el sistema de formulación multiaxial, considera crucial hacer una evaluación integral que incorpore factores sociales y biológicos. Por desgracia, es probable que la eliminación de los ejes haga más difícil recordar que debemos hacerlo, de manera similar a lo que pasa cuando sacamos de la cocina las notas pegajosas y esperamos que el personal recuerde la importancia de hacer todas las cosas anotadas. Aunque tenemos menos señales que nos lo recuerden, sigue siendo necesario verificar potenciales explicaciones médicas. Como psicólogos, seguir ese principio significa considerar el punto de vista de los pediatras, que tienen la experiencia médica y en Estados Unidos ven a casi todos los niños por lo menos una vez al año. Por lo menos, podemos preguntar a los clientes si han hablado del problema con el pediatra. Podemos pedir ver las notas o resultados (con la autorización apropiada) e instruir a la familia sobre preguntas específicas que deben hacer en su próxima visita. No vamos a convertirnos en médicos, pero hay mucho que podemos hacer para facilitar la comunicación. Cuando establecemos la práctica profesional, cultivar relaciones con los pediatras locales también puede ser una fuente importante de canalizaciones.

Además de las posibles explicaciones médicas, la historia del desarrollo también puede informarnos acerca de factores familiares, sociales y culturales involucrados. Por desgracia, todavía no contamos con una lista de coitejo o método cruzado que podamos usar. La buena noticia es que muchos de los temas o factores de riesgo no son específicos a un problema. Resulta que tanto el abuso físico o sexual como los eventos traumáticos son ejemplos de condiciones que pueden contribuir a problemas de ansiedad, del estado de ánimo, al abuso de sustancias o a conductas externalizantes. Los datos indican claramente que vale la pena preguntar sobre ellos y luego factorizarlos en la formulación. Muchos capítulos de este libro hacen uso de diferentes opciones de recolección de información y evaluación e incluyen discusiones sobre el duelo (el capítulo 17 de Layne y Kaplow) y otros eventos estresantes (el capítulo 16 de Grant, Carter, Adam y Jackson), el abuso (el capítulo 18 de Milojevich y Wolfe), y el trauma (el capítulo 15 de La Greca y Danzi). En las páginas de Wikiversidad, se dispone de muchos materiales, incluyendo copias de muchas de las herramientas recomendadas.

- **¿Cómo la edad y etapa de desarrollo del cliente cambian la situación?** Entre más joven sea el individuo, menos probables son algunos diagnósticos o mecanismos para un conjunto de problemas. Podríamos pensar en esto como cambios en las tasas base de diferentes problemas en distintas edades. Por ejemplo, la ansiedad por la separación es mucho más común en los niños pequeños, mientras que el trastorno de pánico ocurre con más frecuencia en la adolescencia tardía y la adultez. Como verá en este volumen, después de la pubertad se vuelven más comunes las conductas arriesgadas (capítulo 24 de King et al.), los trastornos del estado de ánimo (capítulos 7 de Hankin y Cohen, y 8 de Youngstrom et al.) y el abuso de sustancias (capítulo 19 de Chung y Wang). Pero la pubertad a menudo empieza a una edad más temprana de lo que esperamos, por lo que sería conveniente añadir a nuestras evaluaciones una prueba rápida del estatus puberal. La escala de Desarrollo Puberal de Petersen (Petersen, Crockett, Richards y Boxer, 1988) es uno de los instrumentos de mayor uso en la investigación y cuenta con versiones gratuitas que pueden ser completadas por el joven o el padre. Asombrosamente, tal vez 20% de las niñas empiezan a entrar en la pubertad a los ocho años, por lo que vale la pena contemplar la adición de la escala de Petersen al paquete de evaluación para edades de ocho años en adelante, y considerar luego minuciosamente las implicaciones en términos del funcionamiento de pares y la conducta arriesgada, así como los cambios en la probabilidad de diferentes diagnósticos.

El desarrollo normal implica poner a prueba los límites, berrinches y algo de agresión (Emery, 1992), todo lo cual interactúa de manera importante con el ambiente familiar y la crianza para producir ciclos coercitivos de conducta agresiva (McMahon y Frick, 2005; Patterson, DeBaryshe y Ramsey, 1989). De ser detectados, esos patrones pueden ser un objetivo importante de la terapia, en especial del entrenamiento de los padres y de intervenciones basadas en la familia. Existen varias pruebas gratuitas de la crianza y conflicto familiar que podría ser útil añadir (en el capítulo 6 de este volumen, Walker et al. ofrecen algunas sugerencias). Además, muchos trastornos de la niñez, incluyendo los trastornos de ansiedad, trastornos generalizados del desarrollo y depresión unipolar, a menudo incluyen como parte de su presentación un estado de ánimo irritable y poca tolerancia a la frustración. Las publicaciones sobre genética conductual los describen como “fenocopias” o procesos que pueden producir un conjunto de conductas de aspecto similar, pero por razones diferentes (Youngstrom y Algorta, 2014).

- La **comorbilidad** es otra dificultad en la formulación del caso. No es parsimonioso diagnosticar la presencia de múltiples trastornos en los niños que muestran ansiedad y estado de ánimo irritable y explosivo a menos que pueda demostrarse que ambos aparecen en momentos separados por lo menos en parte de la vida de la persona (American Psychiatric Association, 2013). Desde la perspectiva del manejo de riesgo, tampoco es prudente iniciar al mismo tiempo la medicación para ambas condiciones “comórbidas”; el proceso de evaluación debería aclarar más bien cuáles son los problemas “primarios” (en el sentido de producir las mayores ganancias terapéuticas y disminuciones en la carga) y concentrarse en aliviarlos primero. En la presentación inicial, la “comorbilidad” permitiría hacer algunas distinciones útiles sobre la selección de tratamiento en el futuro, pero a menudo es más un marcador de la gravedad. Desde la perspectiva de la formulación del caso, la “comorbilidad” puede brindar también la clave de una lista de temas a revisar más adelante en el tratamiento para “hacerse cargo” de lo que no se haya resuelto en el tratamiento de los problemas primarios. Con una buena historia del desarrollo, entender la secuencia también puede formar parte de la elección de tratamiento (Cummings, Caporino y Kendall, 2013).

Conocer las preferencias personales

La entrevista es una excelente oportunidad para llegar a conocer las preferencias personales. Entre más sepamos del cliente, mejor podemos adaptar a su gusto el sabor de la evaluación y las recomendaciones. Ofrecer a los

clientes algo de psicoeducación sobre las opciones para luego tener con ellos una discusión abierta son ideas centrales de la toma compartida de decisiones (Barratt, 2008; Harter y Simon, 2011). Ayudar a los clientes a entender el menú de opciones, así como su lógica y la evidencia que las respalda, los empodera y aumenta su compromiso. También es una excelente manera de aproximarse al lugar en que termina la vereda en términos de la evidencia empírica: el trabajo clínico inevitablemente involucra situaciones en que no existen estudios de alta calidad que guíen nuestra decisión. Existe tensión entre el rigor y la relevancia; en ocasiones, sólo se dispone de evidencia sólida para un subconjunto de casos y lo que es relevante para el cliente individual puede requerir improvisación (Schon, 1983). La combinación de un firme conocimiento de los principios, conversaciones continuas con el cliente y verificaciones frecuentes es una receta para un mejor tratamiento.

También la cultura importa mucho. Existen grandes diferencias en la perspectiva de cómo deberían ser la niñez, la adolescencia y la adultez, sobre los roles apropiados y los terrenos de autoridad de los padres y adolescentes, y en las expectativas sobre el trabajo escolar y las actividades extracurriculares; también existen grandes variaciones en si los problemas se conciben como conductuales, emocionales, biológicos o espirituales (Carpenter-Song, 2009). Piense en las diferentes definiciones culturales de lo que cuenta como “comida”, del *cheese cake* a los grillos, de la col al *kimchi*, de la pizza a las patas de cerdo. La variedad de puntos de vista acerca de la crianza y sobre el tratamiento psicológico es al menos así de grande, y una vez que lo entendemos todavía nos queda mucho por aprender sobre la forma de modificar los condimentos de modo que nuestra formulación y recomendaciones sean más aceptables para la familia. Hankin y Cohen (en el capítulo 7 de este volumen) hacen un espléndido trabajo al mostrar cómo podemos explorar facetas de la identidad racial, étnica y de género que podrían relacionarse con la evaluación y la formulación. El equilibrio entre la confianza en que tenemos algo que ofrecer y la curiosidad y respeto por los clientes y sus creencias no sólo contribuye al *rapport*, sino que también aumenta nuestra competencia cultural.

Cuestiones éticas y legales

La evaluación de los niños genera múltiples cuestiones éticas y legales. ¿Quién es responsable de buscar y aceptar el tratamiento? ¿Cómo procedemos cuando el niño y el padre o maestro no están de acuerdo en cuáles son los problemas (o incluso en si existe un problema)?

La cuestión de la responsabilidad de buscar y apegarse al tratamiento puede ser complicada. Los jóvenes menores de 18 años están bajo la custodia legal de un padre u otro cuidador (quien en última instancia es responsable

de buscar y aprobar el tratamiento). Por lo regular, no podemos proporcionar servicios sin el consentimiento de quien tiene la custodia, por lo que debemos entender y reconocer sus preocupaciones. Si el tratamiento va a ser una terapia individual, podemos tener una desconexión entre lo que quiere el padre y lo que el niño considera importante. La psicosis, el consumo de sustancias y el trastorno bipolar son ejemplos de problemas reales que pueden disminuir la comprensión que tienen niños y adolescentes sobre su conducta. Además, muchos de los síntomas de esos problemas no son angustiantes para el chico, pero resultan molestos o amenazantes para la gente que lo rodea. La conducta que a un joven puede parecerle “espontánea” o “animada” puede ser percibida por otros como ofensiva o intimidatoria. La falta de comprensión puede disminuir su motivación para recibir la terapia y puede suscitar preocupaciones éticas sobre continuar su tratamiento incluso si se oponen abiertamente a recibirlo. También cuestiona las definiciones convencionales de deterioro que enfatizan el malestar ocasionado por los síntomas (Wakefield, 1997).

El acuerdo entre informantes genera un segundo conjunto relacionado de problemas. A los clínicos suele impresionarles el nivel de acuerdo entre los padres y otros informantes. Debemos considerar la posibilidad de que el propio estrés de los padres sesgue su descripción de la conducta del hijo. Esto debe ser equilibrado con la tendencia del joven a la falta de comprensión para socavar la validez del autoinforme. Dado que los padres suelen ser quienes inician la mayoría de las canalizaciones ambulatorias, en promedio ellos son la parte más preocupada. Muchos casos legítimos son canalizados por los padres, quienes experimentan épocas de estrés y alteraciones del estado de ánimo. En promedio, el informe de los padres parece ser uno de los indicadores más válidos de muchos problemas, aun cuando también el adulto es afectado por el trastorno del estado de ánimo (Youngstrom et al., 2011).

MEDICIÓN DEL PROCESO, PROGRESO Y RESULTADO

Planear la manera de medir lo que debe suceder a continuación para el cliente e incluir esas herramientas en las secciones de sugerencias y recomendaciones da lugar a mejores informes. De igual modo, es probable que se obtengan mejores resultados si la terapia incluye más mediciones del progreso y proceso en desarrollo. Se trata de maneras diferentes de pensar en la evaluación, convirtiéndola en un proceso continuo más que en un solo evento. Podemos mezclar actualizaciones breves y rápidas con evaluaciones más profundas para obtener una imagen más amplia del progreso. Llevar a cabo la terapia también genera mucha información sobre cómo avanza el trabajo, y un poco de creatividad puede con-

vertir las notas y programación de citas en datos útiles. Si todo marcha bien, podemos usar la evaluación para medir nuestros éxitos con el cliente y para desarrollar un sistema de monitoreo que le ayude a permanecer bien y seguir mejorando después de terminar.

Medición de la meta

Tener una definición más clara de una meta nos ayuda a alcanzarla. Al escribirla, nos aseguramos de estar en sintonía con el cliente. Para elegir las metas, podemos utilizar referentes basados en normas o datos clínicos (un enfoque nomotético) o hacer un seguimiento personalizado de la meta (medición idiográfica). Freeman y Young (en el capítulo 4 de este volumen) hacen una revisión detallada del proceso y el resultado. El modelo del cambio clínicamente significativo desarrollado por Jacobson, Roberts, Berns y McGlinchey (1999) o el marco de la diferencia mínimamente importante (Streiner, Norman y Cairney, 2015) se asemejan a las reseñas de restaurantes que hace *Consumer Reports*: son marcos que toman lo que sabemos sobre una medida particular y las normas en muestras clínicas y no clínicas para aplicarlo luego al caso o platillo individual. Freeman y Young detallan la manera de construir los puntos de referencia, proporcionar un conjunto inicial de escalas de gran uso y luego revisan la manera de aplicarlas a un caso. Varias viñetas clínicas en Wikiversidad también revisan los pasos en detalle.

Medición del progreso

Las pruebas de progreso monitorean si estamos avanzando hacia nuestras metas. Su característica principal es la sensibilidad a los efectos del tratamiento. Si la terapia es de ayuda, entonces la puntuación debería cambiar. Si la puntuación cambia por otras razones, eso no es tan bueno, ya que hace más difícil saber si el cambio se debe al tratamiento o a otros factores. En la investigación, esa clase de inestabilidad contribuye a una elevada respuesta al placebo y a estudios fracasados. Por otro lado, las pruebas de rasgos de personalidad y de aspectos que, si acaso, cambian muy lentamente, no serán buenos marcadores del progreso en el tratamiento a corto y mediano plazos. Dos formas de medir la estabilidad de las puntuaciones fuera del tratamiento son la confiabilidad test-retest y la reproducibilidad (Bland y Altman, 1986), mientras que los tamaños del efecto de ensayos clínicos con un grupo de comparación ofrecen la mejor evidencia de la sensibilidad al tratamiento de una prueba. En Wikiversidad, indicamos si las escalas han demostrado sensibilidad al tratamiento y las más destacadas en esta categoría son las que han detectado efectos en dos o más estudios independientes.

Las pruebas de progreso idealmente son breves y su aplicación y calificación son rápidas. Esto es incluso más

cierto si queremos aplicarlas en cada sesión o en un programa diario o semanal. La brevedad se contrapone a una de las formas más comunes de medir la confiabilidad, el alfa de Cronbach y las puntuaciones de consistencia interna son mayores para escalas más largas. Cuando elegimos formas cortas o pruebas de "verificación" de uno o dos reactivos, el alfa parece insignificante. Eso no debería preocuparnos si se trata de una prueba de progreso, en especial si la escala ha demostrado sensibilidad al tratamiento o si la estamos usando de una forma que combina muchos puntos de datos (como hacer una gráfica de progreso a lo largo de días o sesiones). De hecho, que una escala tenga un alfa muy alta puede ser señal de que es mala elección como prueba de progreso; es probable que sea demasiado larga o demasiado enfocada y repetitiva (Youngstrom, Salcedo, Frazier y Algorta, 2019).

Todas esas estadísticas se refieren a cómo hacer la medición para un grupo de casos. Lo que nosotros y nuestros clientes queremos saber es cómo le va al cliente individual. El error estándar de la diferencia, el índice confiable de cambio y la diferencia mínima importante (DMI) son tres formas distintas de cuantificar cómo se compara el cambio individual con la estabilidad de la prueba o con las percepciones de si el cambio es incluso perceptible (DMI). En el capítulo 4 de este volumen, Freeman y Young revisan el tema con mayor detalle. Es menos probable que esos estadísticos de mayor utilidad clínica se incluyan en los artículos publicados. En el capítulo 4, los incluimos para varias pruebas comunes, así como para las medidas de contenido en sus respectivos capítulos y páginas de Wikiversidad, lo que hace más fácil encontrar la información necesaria para supervisar mejor el cambio con nuestros clientes.

Llevado a un extremo lógico, un único reactivo es la evaluación más corta posible. Puede ser tan simple como "Entonces, ¿cómo te ha ido esta semana?", pero agregándole un número. En el enfoque de los Problemas Principales (Weisz et al., 2011), el terapeuta y el cliente eligen de una a tres cosas para supervisar juntos en cada sesión, luego usan un sistema de escalamiento que va de **0 (ningún problema o síntoma en absoluto)** a **10 (lo más malo posible)**; es decir, definen un conjunto de tres escalas, cada una con un reactivo. En estas escalas, es imposible estimar la consistencia interna. En el modo clínico, eso no nos interesa demasiado siempre que la escala muestre sensibilidad al tratamiento. El enfoque de los Problemas Principales lo logra. Otra característica importante es que es "idiográfica", el cliente define personalmente lo que desea monitorear, lo que resulta estupendo en términos de lograr la participación. Otros ejemplos de pruebas intensivas de progreso que encontrará incluyen tarjetas de reporte diario (que a menudo se usan con el TDAH; revise en este volumen el capítulo 5 de Owens et al.), gráficas del estado de ánimo (que se usan a menudo en los trastornos del estado de

ánimo; revise en este volumen los capítulos 7 de Hankin y Cohen, y 8 de Youngstrom et al.), y la evaluación ecológica momentánea (EEM; por ejemplo, enviando unas cuantas preguntas como mensajes de texto varias veces al día o a la semana). La evaluación ecológica momentánea (EEM) está pasando rápidamente del terreno de la investigación a la fase de prueba del concepto, con muchas becas para los desarrolladores de tratamientos y aplicaciones. Como analizan Freeman y Young en el capítulo 4 de este volumen, es probable que el seguimiento del progreso en el curso de la terapia sea una de las "innovaciones más revolucionarias" en el trabajo psicológico. Lo que podrá hacer con sus clientes estará a mundos de distancia de lo que era posible cuando sus instructores y supervisores fueron entrenados. Revise de nuevo la Figura 1.1 y tendrá una idea de la velocidad del cambio.

Otra estrategia sería usar pruebas más largas, pero con menor frecuencia. En la enseñanza, estamos familiarizados con ese enfoque en que solemos combinar pruebas semanales con un examen más largo a mitad o al final del curso (Youngstrom et al., 2017). Podríamos repetir las pruebas más largas que usamos en las fases de preparación y de predicción y formulación como "examen semestral" luego de seis sesiones de tratamiento, y una vez más cuando creamos estar cerca de la terminación planeada. Podríamos simplificar las cosas aún más si hacemos que el cliente repita sólo las escalas que empezaron con las puntuaciones más altas, o si elegimos una o dos que son objetivo principal del tratamiento. Una ventaja de agregar una prueba semestral o de resultado es que podemos elegir un instrumento que tenga normas, lo que nos da acceso a un conjunto de referentes para ver si el tratamiento sacó del rango clínico el funcionamiento de la persona, y lo regresó o por lo menos lo acercó significativamente al rango no clínico. Jacobson y colaboradores (1999) desarrollaron el modelo empleando normas externas para definir los referentes de cambio clínicamente significativo a nivel individual. Freeman y Young (en el capítulo 4 de este volumen) revisaron detalladamente el modelo y ofrecen puntos de referencia para varios instrumentos de gran uso. Algunos de los capítulos presentan puntos de referencia para instrumentos específicos a un trastorno (p. ej., escalas de manía y depresión; revise el capítulo 8 de Youngstrom et al.), y muchas de las páginas de Wikiversidad también los incluyen para pruebas específicas a un trastorno. Como en la enseñanza, es posible hacer ambas cosas, aplicar en cada sesión una prueba rápida para ver cómo van las cosas y combinarla con evaluaciones más largas, de medio curso y de resultados, referidas al objetivo.

Pruebas de proceso

Las pruebas de proceso se enfocan más en cómo está funcionando la terapia que en si hay cambios en los síntomas o el funcionamiento. Un viejo chiste dice, "¿Cuán-

tos terapeutas se necesitan para cambiar un foco? Sólo uno... pero el foco tiene que estar listo para cambiar". A eso podríamos agregar que de hecho el foco tiene que trabajar. Las pruebas de proceso son maneras de monitorear si el trabajo se está haciendo. Pueden ser tan sencillas como ver si se cumplen las citas o se reprograman constantemente, o peor aún, si hay inasistencias. Ésa es una medida fundamental de si el cliente está asistiendo (¡y la asistencia del cliente también tiene importantes implicaciones fiscales para nuestra práctica!). ¿El cliente hizo la tarea entre sesiones? ¿Se "olvidó" de hacer la gráfica del estado de ánimo? Todas esas conductas representan datos sobre su compromiso y se vuelven más útiles e informativas cuando les hacemos un seguimiento.

Los investigadores a menudo utilizan escalas o pruebas fisiológicas para medir las variables del proceso y probar si su teoría sobre el mecanismo de cambio es correcta. Suelen hablar de "mediadores" como etiquetas para esos tipos de variables de proceso. ¿Cómo reduce la depresión la terapia cognitivo-conductual? La teoría dice que al cambiar los pensamientos automáticos cambia la forma en que se siente la persona. Buena terapia → [Menos pensamientos automáticos] → Menos depresión. El cliente firmó por la parte de "menos depresión" y puede estar o no interesado por el cambio en sus pensamientos automáticos en su ruta hacia la meta. De igual manera, la gente que cambia su dieta con una meta particular en mente, como perder peso o incrementar su masa muscular, pue-

de estar o no fascinada por los detalles de cómo funciona la dieta. Lo que en definitiva le interesa es que funcione. Las pruebas de progreso son la conclusión, ¿funciona o no? Las pruebas de proceso nos ayudan a entender por qué funciona o por qué no está funcionando.

Tenemos la impresión de que los clínicos preferirán pruebas de proceso que: (1) sean sencillas y económicas, (2) mejoren gradualmente los resultados, (3) revelen con rapidez cuándo y por qué se "atoran" los clientes, y (4) mejoren la retención y satisfacción del cliente. Algunas de las pruebas que los investigadores suelen utilizar para poner a prueba las teorías aumentan el tiempo y la carga de trabajo, por lo que pueden no tener relevancia clínica en escenarios con restricción de recursos si no agregan valor en términos de satisfacción del cliente, retención o resultado. Otras pruebas de proceso pueden ser breves y lo bastante enfocadas para ameritar su inclusión en la rutina de atención. Algunos ejemplos pueden ser las pruebas de un solo reactivo sobre la alianza de trabajo (p. ej., McLaughlin, Keller, Feeny, Youngstrom y Zoellner, 2014), el *rapport* o preguntar "¿Qué le pareció la sesión?". El seguimiento del proceso es otro aspecto para el que es probable que la tecnología transforme de manera rápida y considerable las herramientas a las que tenemos acceso (revise en este volumen el capítulo 4).

Cuando las pruebas de proceso muestran que el cliente no está haciendo el trabajo, es conveniente retroceder un paso y preguntarse la razón. Piense en la concordancia

Tabla 1.3. Adhesión y concordancia como dimensiones clave para entender cómo va el trabajo con nuestros clientes

	Concordante	No concordante
Adhesión	<i>Pruebas de proceso: están haciendo el trabajo</i>	<i>Pruebas de proceso: asisten a las sesiones, pueden estar haciendo el trabajo</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Cliente motivado • Buena comprensión de la lógica de los elementos del tratamiento • Metas alineadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pero no quieren estar ahí • Son clientes no motivados (suele ser idea del adulto que el chico esté en tratamiento) • Es probable que abandonen la terapia en cuanto no haya quien los obligue a venir • Es menos probable que mantengan cualquier ganancia después del tratamiento
	<i>Ejemplo: ¡nuestros clientes favoritos!</i>	<i>Ejemplo: El chico es arrastrado por el padre a la cita programada.</i>
No adhesión	<i>Pruebas de proceso: existe un problema, pero...</i>	<i>Pruebas de proceso: Problema seguro</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Cliente motivado y buen acuerdo • Hay problemas que dificultan la implementación (olvido, vidas caóticas o falta de comprensión de las instrucciones). 	<ul style="list-style-type: none"> • Los clientes no están motivados • Poco acuerdo, los clientes no comparten la meta • No están seguros de cómo el tratamiento podría ayudarlos; tal vez no comprenden la lógica, puede no ser apropiada a nivel cultural o personal • Es probable que abandonen la terapia si no cambiamos pronto algo del tratamiento
	<i>Ejemplo: seguir una dieta. Las intenciones son excelentes, lo difícil es seguirla.</i>	<i>Ejemplo: Muchos abandonos del tratamiento</i>

y la adhesión al tratamiento como dos partes separadas del rompecabezas. La adhesión es lo que medimos con las herramientas de proceso. ¿El cliente está haciendo o no el trabajo? La concordancia es preguntar si cliente y terapeuta están de acuerdo en las metas. Dicho de otra manera, ¿el cliente está motivado? ¿Entiende la lógica del tratamiento? Cuando las pruebas de proceso indican problemas, pensar en la concordancia ayuda a resolverlos con rapidez. La Tabla 1.3 revisa cuatro escenarios. Alta concordancia + alta adhesión = el cliente favorito; al cliente le encantan nuestras recomendaciones y las pone en práctica. A eso suelen seguirle cosas buenas. Esos clientes son geniales, siguen regresando, nos dejan buenos comentarios y es divertido trabajar con ellos. Alta concordancia + baja adhesión es lo que experimentan muchas personas que siguen una dieta, entienden cuál es la meta y están de acuerdo con ella, pero les resulta difícil mantenerla. En este escenario, nuestro trabajo es ayudarlos a resolver el problema: ¿Qué se interpone en el camino? ¿Cómo podemos resolver el problema? ¿Las citas perdidas son una simple cuestión de olvido? Ayudar a los clientes a establecer notificaciones en su calendario podría ser una solución, o poner una alarma cuando es momento de iniciar la rutina para ir a la cama (en lugar de usarla únicamente para despertarse).

El cuadrante de Baja adhesión + Baja concordancia supone un reto. El cliente no sigue las recomendaciones porque no ve cómo podrían ayudarle. La revisión de la lógica, psicoeducación y la entrevista motivacional son herramientas que podríamos usar para aumentar el compromiso. Otra alternativa sería explorar otras opciones de tratamiento para ver si en el menú hay otra cosa que en lo personal sea más adecuada para el cliente. El hecho de que las pruebas de proceso nos alerten crea la oportunidad de evitar el abandono del cliente (“terminación prematura” en la literatura del tratamiento), que es el peor resultado para cliente y terapeuta.

El escenario de Alta adhesión + Baja concordancia es interesante. El cliente asiste a las sesiones e incluso puede hacer parte del trabajo, pero no quiere hacerlo. A menudo, vemos esto con niños que son arrastrados por sus padres o que son enviados por sus maestros. Podemos apostar que esto sucederá cuando vemos grandes diferencias en las puntuaciones del padre, maestro y el niño en pruebas similares. Tener un plan de cómo aumentar el acuerdo y compromiso no sólo ayuda a hacer la terapia más divertida, sino probablemente de mayor duración. Saber cómo lograr que comer verduras resulte menos aversivo a la larga hace que la hora de la comida sea menos estresante y más saludable.

Monitoreo de largo plazo

¡Felicidades! Cuando llegamos a la fase de monitoreo de largo plazo hemos logrado mucho con el cliente. Realizamos juntos un trabajo excelente, alcanzamos nuestras

metas y estamos listos para concluir el tratamiento. Hacer un plan para la despedida es algo agrisado, pero también es una oportunidad para celebrar los éxitos. Asimismo, es una oportunidad para anticipar traspies y detonantes que puedan conducir a recaídas. Se cuenta con artículos útiles sobre la terminación (p. ej., Swift, Greenberg, Whipple y Kominiak, 2012; Ward, 1984). En el modo de evaluación, sugeriríamos un par de incorporaciones específicas.

Haga una lista de los factores de riesgo. ¿Alguna vez ha visto una película de terror? Un cliché es el falso final. ¡El monstruo es derrotado!, pero la película no termina todavía. Desde la perspectiva de la audiencia, el lugar donde acecha el monstruo es muy predecible. Desde la perspectiva del terapeuta, puede ser igualmente predecible el lugar donde la vida va a emboscar al cliente y empujarlo a una recaída. Son cuestiones clínicas para las que es incluso más importante tener un plan no sólo para la prevención, sino también para la detección temprana y saber lo que debe hacerse al ver señales de peligro. Las crisis son detonantes obvios para nosotros; el profesional proactivo se anticipa a revisar el plan: “Si tus padres se divorcian, recuerda que es normal sentirse estresado. ¿Qué cosas podrías hacer para recibir apoyo?” Las transiciones del desarrollo, como pasar a la secundaria (sobre todo si los alumnos de varias escuelas primarias ingresan a una secundaria mucho más grande) o mudarse de casa son hitos que, a pesar de ser normales, a menudo se asocian con mucho estrés y alteración.

Podemos usar las sesiones de terminación para construir un paquete de atención para el yo futuro del cliente. Éste podría incluir un “mensaje en una botella” con consejos de ayuda e ideas de evaluación personalizada (idiográficas). “Querido yo del futuro, ¡felicidades por patear el trasero de la depresión! Recuerda que la depresión a menudo trata de regresar. Eso no significa que seas débil; es lo que hace la depresión. Presta atención a cómo estás durmiendo. El hecho de que no puedas dormir o empieces a dormir todo el fin de semana es una señal temprana de que las cosas van mal. Ése sería un buen momento para hacer una cita y recibir ayuda”. Si el cliente usa una aplicación o diario de seguimiento del sueño, o una gráfica de vida, entonces tiene un plan de monitoreo de largo plazo que ya es un hábito. Es algo pequeño pero poderoso hacer que el cliente lo considere como un sistema temprano de advertencia. El cliente también puede incluir notas sobre lo que le funcionó mejor en la terapia, lo que probó y no le gustó (de modo que pueda saltárselo cuando regrese a tratamiento) y lo que le funcionó mejor para cuidar de sí mismo. Son listas de cotejo personalizadas y reglas sencillas para mantener las ganancias y atajar cualquier problema desde su surgimiento. Aunque normalmente no es campo de la psicología clínica o escolar, nada nos impide robar una página del libro de “*coaching* para la vida” e incluir ideas

sobre la forma de mejorar el desempeño y promover el funcionamiento positivo. De hecho, pensar en cómo empaquetar y promocionar mejor nuestros servicios es un tema importante por derecho propio (vea el Apéndice 1.1: La cuarta "P", el pago).

CONCLUSIÓN

Ahora tiene una idea general de cómo ayuda la evaluación: desde el momento en que nos reunimos por primera vez con el cliente, al trabajo conjunto, a ofrecer recomendaciones sobre la manera de mantenerse bien en el futuro. El modelo de evaluación propuesto en este libro tiene una fuerte influencia de las recomendaciones de la medicina basada en la evidencia (Guyart y Rennie, 2002; Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg y Haynes, 2000). En los siguientes capítulos, vamos a revisar los aspectos del "cómo", proporcionando tutoriales detallados sobre los principios. Los capítulos orientados al área de contenido ofrecen luego los ingredientes específicos para aplicar los principios a cada tema presentado. El libro y las páginas de Wikiversidad pretenden hacer más fácil que nunca encontrar las herramientas y la información que necesita para ponerlos en práctica.

Usar los métodos basados en la evidencia que aquí se describen lo ayudará a hacer el mejor uso de las herramientas de evaluación disponibles y a plantear formulaciones más precisas, a construir mejores planes de tratamiento y mejorar los procesos y resultados del mismo. La evaluación basada en la evidencia (EBE) ayuda a encontrar el equilibrio entre estar abierto a la posibilidad de diagnósticos y situaciones raras y evitar el diagnóstico excesivo de condiciones poco comunes, pero a veces popularizadas. El uso de una aproximación secuenciada a la evaluación hace posible trabajar de manera más inteligente, no más dura, y obtener mejores resultados sin aumentar el costo o la carga para el clínico o la familia. Está a punto de convertirse en un cocinero excelente, capaz de hacer con rapidez una buena evaluación de problemas comunes, y con la capacidad de personalizar e improvisar para satisfacer las necesidades de la gente en la práctica clínica. La evaluación es la habilidad que distingue a la psicología del resto de las profesiones de cuidado y las ciencias sociales. Sea paciente mientras aprende las competencias prácticas y disfrute de los resultados mientras ofrece retroalimentación y entrega mejores resultados.

REFERENCIAS

Achenbach, T. M. (2001). What are norms and why do we need valid ones? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 446–450.

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implication of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213–232.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School–Age Forms and Profiles*. Burlington: University of Vermont.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Barratt, A. (2008). Evidence based medicine and shared decision making: The challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Education and Counseling*, 73, 407–412.

Bayes, T., & Price, R. (1763). LII. An essay towards solving a problem in the doctrine of chance (by the late Rev. Mr. Bayes, communicated by Mr. Price, in a letter to John Canton, M. A. and F. R. S.). *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 53, 370–418.

Beidas, R. S., Stewart, R. E., Walsh, L., Lucas, S., Downey, M. M., Jackson, K., . . . Mandell, D. S. (2015). Free, brief, and validated: Standardized instruments for low-resource mental health settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22, 5–19.

Berkson, J. (1946). Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data. *Biometrics Bulletin*, 2, 47–53.

Bird, H. R., Yager, T. J., Staghezza, B., Gould, M. S., Canino, G., & Rubio–Stipec, M. (1990). Impairment in the epidemiological measurement of childhood psychopathology in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 796–803.

Blader, J. C., & Carlson, G. A. (2007). Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996–2004. *Biological Psychiatry*, 62, 107–114.

Bland, J. M., & Altman, D. G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, 1, 307–310.

Bossuyt, P. M., Reitsma, J. B., Bruns, D. E., Gatsonis, C. A., Glasziou, P. P., Irwig, L. M., . . . de Vet, H. C. W. (2003). Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: The STARD initiative. *British Medical Journal*, 326, 41–44.

Burkhart, K., & Phelps, J. R. (2009). Amber lenses to block blue light and improve sleep: A randomized trial. *Chronobiology International*, 26, 1602–1612.

Carlson, G. A., & Youngstrom, E. A. (2003). Clinical implications of pervasive manic symptoms in children. *Biological Psychiatry*, 53, 1050–1058.

Carpenter–Song, E. (2009). Caught in the psychiatric net: Meanings and experiences of ADHD, pediatric bipolar disorder and mental health treatment among a diverse group of families in the United States. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 33, 61–85.

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15, 37–70.

Croskerry, P. (2002). Achieving quality in clinical decision making: Cognitive strategies and detection of bias. *Academic Emergency Medicine*, 9, 1184–1204.

Croskerry, P. (2003). The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Academic Medicine*, 78, 775–780.

Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2013). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140, 816–845.

Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2010). Toward new approaches to psychotic disorders: The NIMH Research Domain Criteria project. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 1061–1062.

- Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, *11*, 126.
- De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A., Burgers, D. E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, *141*, 858–900.
- Drotar, D., Stein, R. E. K., & Perrin, E. C. (1995). Methodological issues in using the Child Behavior Checklist and its related instruments in clinical child psychology research [Special issue]. *Journal of Clinical Child Psychology*, *24*, 184–192.
- Emery, R. (1992). Family conflicts and their developmental implications: A conceptual analysis of meanings for the structure of relationships. In W. Hartup & C. Shantz (Eds.), *Family conflicts* (pp. 270–298). New York: Cambridge University Press.
- Epstein, D. (2019). *Range: How generalists triumph in a specialized world*. London: Macmillan.
- Evans, S. C., Burke, J. D., Roberts, M. C., Fite, P. J., Lochman, J. E., de la Pena, F. R., & Reed, G. M. (2017). Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. *Clinical Psychology Review*, *53*, 29–45.
- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1994). *Child Symptom Inventories manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1997). *Adolescent Symptom Inventory: Screening manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Galanter, C. A., & Patel, V. L. (2005). Medical decision making: A selective review for child psychiatrists and psychologists. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*, 675–689.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gigerenzer, G. (2001). The adaptive toolbox: Toward a darwinian rationality. *Nebraska Symposium on Motivation*, *47*, 113–143.
- Guyatt, G. H., & Rennie, D. (Eds.). (2002). *Users' guides to the medical literature*. Chicago: American Medical Association Press.
- Harter, M., & Simon, D. (2011). Do patients want shared decision making and how is this measured? In G. Gigerenzer & J. A. Muir Gray (Eds.), *Better doctors, better patients, better decisions* (pp. 53–58). Cambridge, MA: MIT Press.
- Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, *42*, 903–920.
- Hinshaw, S. P., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, *12*, 555–598.
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (2007). Evidence-based assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 29–51.
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (Eds.). (2008). *A guide to assessments that work*. New York: Oxford University Press.
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (Eds.). (2018). *A guide to assessments that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 300–307.
- Jaeschke, R., Guyatt, G. H., & Sackett, D. L. (1994). Users' guides to the medical literature: III. How to use an article about a diagnostic test. B: What are the results and will they help me in caring for my patients? *Journal of the American Medical Association*, *271*, 703–707.
- Jenkins, M. M., Youngstrom, E. A., Washburn, J. J., & Youngstrom, J. K. (2011). Evidence-based strategies improve assessment of pediatric bipolar disorder by community practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, *42*, 121–129.
- Jenkins, M. M., Youngstrom, E. A., Youngstrom, J. K., Feeny, N. C., & Findling, R. L. (2012). Generalizability of evidence-based assessment recommendations for pediatric bipolar disorder. *Psychological Assessment*, *24*, 269–281.
- Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2010). Understanding barriers to evidence-based assessment: Clinician attitudes toward standardized assessment tools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *39*, 885–896.
- Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2011). Understanding clinicians' diagnostic practices: Attitudes toward the utility of diagnosis and standardized diagnostic tools. *Administration and Policy in Mental Health*, *38*, 476–485.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., . . . Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime version (K-SADSPL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 980–988.
- Kazdin, A. E., & Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, *6*, 21–37.
- Lambert, M. J. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome?: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 288–301.
- Lucas, G. M., Gratch, J., King, A., & Morency, L.-P. (2014). It's only a computer: Virtual humans increase willingness to disclose. *Computers in Human Behavior*, *37*, 94–100.
- Matson, J. L., Matheis, M., Estabillo, J. A., Burns, C. O., Issarraras, A., Peters, W. J., & Jiang, X. (2019). Intellectual disability. In M. J. Prinstein, E. A. Youngstrom, E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of disorders in childhood and adolescence* (4th ed., pp. 416–447). New York: Guilford Press.
- McGill, R. J., & Ndip, N. (2019). Learning disabilities. In M. J. Prinstein, E. A. Youngstrom, E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of disorders in childhood and adolescence* (4th ed., pp. 448–492). New York: Guilford Press.
- McLaughlin, A. A., Keller, S. M., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A., & Zoellner, L. A. (2014). Patterns of therapeutic alliance: Rupture repair episodes in prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*(1), 112–121.
- McMahon, R. J., & Frick, P. J. (2005). Evidence-based assessment of conduct problems in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 477–505.
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Meehl, P. E. (1997). Credentialed persons, credentialed knowledge. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 91–98.
- Morrison, J. (2014). *Diagnosis made easier: Principles and techniques for mental health clinicians* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Nesi, J., Miller, A. B., & Prinstein, M. J. (2017). Adolescents' depressive symptoms and subsequent technology-based interpersonal behaviors: A multi-wave study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 51, 12–19.
- Nesi, J., & Prinstein, M. J. (2019). In search of likes: Longitudinal associations between adolescents' digital status seeking and health-risk behaviors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 48, 740–748.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior: Children and their development: Knowledge base, research agenda, and social policy application [Special issue]. *American Psychologist*, 44, 329–335.
- Perou, R., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Pastor, P., Ghandour, R. M., Gfroerer, J. C., . . . Huang, L. N. (2013). Mental health surveillance among children United States, 2005–2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62, 1–35.
- Petersen, A. C., Crockett, L., Richards, M., & Boxer, A. (1988). A self-report measure of pubertal status: Reliability, validity, and initial norms. *Journal of Youth and Adolescence*, 17, 117–133.
- Rettew, D. C., Lynch, A. D., Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Ivanova, M. Y. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18, 169–184.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. (2015). *Behavior Assessment System for Children (BASC)* (3rd ed.). Bloomington, MN: Pearson Clinical Assessment.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom?: A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Sattler, J. M. (2002). *Assessment of children: Behavioral and clinical applications* (4th ed.). La Mesa, CA: Author.
- Schon, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28–38.
- Shapiro, E. S., & Skinner, C. H. (1990). Principles of behavioral assessment. In C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context* (Vol. 2, pp. 343–363). New York: Guilford Press.
- Silver, N. (2015). *The signal and the noise: Why so many predictions fail but some don't*. New York: Penguin.
- Smoller, J. W., & Finn, C. T. (2003). Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *American Journal of Medical Genetics C: Seminars in Medical Genetics*, 123, 48–58.
- Stewart, A. J., Theodore-Oklota, C., Hadley, W., Brown, L. K., Donenberg, G., & DiClemente, R. (Project Style Study Group) (2012). Mania symptoms and HIV-risk behavior among adolescents in mental health treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41, 803–810.
- Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2011). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (4th ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use* (5th ed.). New York: Oxford University Press.
- Suppiger, A., In-Albon, T., Hendriksen, S., Hermann, E., Margraf, J., & Schneider, S. (2009). Acceptance of structured diagnostic interviews for mental disorders in clinical practice and research settings. *Behavior Therapy*, 40, 272–279.
- Susskind, R., & Susskind, D. (2015). *The future of the professions: How technology will transform the work of human experts*. New York: Oxford University Press.
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Whipple, J. L., & Kominiak, N. (2012). Practice recommendations for reducing premature termination in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 379–387.
- Twenge, J. M., Gentile, B., DeWall, C. N., Ma, D., Lacefield, K., & Schurtz, D. R. (2010). Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938–2007: A cross-temporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical Psychology Review*, 30, 145–154.
- Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort difference on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 578–588.
- Vollmer, T. R., & Northrup, J. (1996). Some implications of functional analysis for school psychology. *School Psychology Quarterly*, 11, 76–92.
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gotsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2008). The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61, 344–349.
- Wakefield, J. C. (1997). When is development disordered?: Developmental psychopathology and the harmful dysfunction analysis of mental disorder. *Development and Psychopathology*, 9, 269–290.
- Ward, D. E. (1984). Termination of individual counseling: Concepts and strategies. *Journal of Counseling and Development*, 63, 21–25.
- Wechsler, D. (2014). *Wechsler Intelligence Scale for Children 5th edition*. San Antonio, TX: NCS Pearson.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Adams, P., Wolk, S., Verdelli, H., & Olfson, M. (2000). Brief screening for family psychiatric history: The family history screen. *Archives of General Psychiatry*, 57, 675–682.
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Frye, A., Ng, M. Y., Lau, N., Bearman, S. K., . . . Hoagwood, K. E. (2011). Youth Top Problems: Using idiographic, consumer-guided assessment to identify treatment needs and to track change during psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 369–380.
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., . . . Research Network on Youth Mental Health. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct

- problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69, 274–282.
- Youngstrom, E. A. (2013). Future directions in psychological assessment: Combining evidence-based medicine innovations with psychology's historical strengths to enhance utility. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42, 139–159.
- Youngstrom, E. A. (2014). A primer on Receiver Operating Characteristic analysis and diagnostic efficiency statistics for pediatric psychology: We are ready to ROC. *Journal of Pediatric Psychology*, 39, 204–221.
- Youngstrom, E. A., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1999). Dysphoria-related bias in maternal ratings of children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 905–916.
- Youngstrom, E. A., & Algorta, G. P. (2014). Pediatric bipolar disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (3rd ed., pp. 264–316). New York: Guilford Press.
- Youngstrom, E. A., Findling, R. L., & Calabrese, J. R. (2003). Who are the comorbid adolescents?: Agreement between psychiatric diagnosis, parent, teacher, and youth report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 231–245.
- Youngstrom, E. A., LaKind, J. S., Kenworthy, L., Lipkin, P. H., Goodman, M., Squibb, K., . . . Anthony, L. G. (2010). Advancing the selection of neurodevelopmental measures in epidemiological studies of environmental chemical exposure and health effects. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 229–268.
- Youngstrom, E. A., Salcedo, S., Frazier, T. W., & Algorta, G. P. (2019). Is the finding too good to be true?: Moving from “more is better” to thinking in terms of simple predictions and credibility. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 48(6), 811–824.
- Youngstrom, E. A., & Van Meter, A. (2016). Empirically supported assessment of children and adolescents. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23, 327–347.
- Youngstrom, E. A., Van Meter, A., Frazier, T. W., Hunsley, J., Prinstein, M. J., Ong, M.-L., & Youngstrom, J. K. (2017). Evidence-based assessment as an integrative model for applying psychological science to guide the voyage of treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24, 331–363.
- Youngstrom, E. A., Youngstrom, J. K., Freeman, A. J., De Los Reyes, A., Feeny, N. C., & Findling, R. L. (2011). Informants are not all equal: Predictors and correlates of clinician judgments about caregiver and youth credibility. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 21, 407–415.

APÉNDICE 1.1: LA CUARTA “P”, EL PAGO

Sin importar si somos estudiantes, profesionales o investigadores aplicados, existen consideraciones económicas que afectan nuestro trabajo. Es crucial estar al tanto de los aspectos fiscales para la sustentabilidad y el éxito de nuestra práctica. Debemos considerar la manera de ayudarnos a la vez que nos aseguramos de que nuestros servicios son accesibles. Existe cierta tensión entre la maximización del alcance y los ingresos y el prestigio. ¿Queremos posicionarnos como el camión de venta de tacos del barrio, conocidos por servir alimentos

sabrosos, llenadores y económicos que atienden a la comunidad sin importar los recursos? ¿O pretendemos ofrecer un servicio *gourmet*, de paga privada y con nivel de *concierge*? Los dos servicios son viables y hay mucho espacio entre ambos. Dado que la evaluación psicológica es un servicio único en el campo de la salud mental, agrega mucho valor y nuestro monopolio psicológico en ella nos ofrece libertad en términos de las tarifas y modelos de negocios.

Mientras somos estudiantes, es común que en nuestro entrenamiento clínico se use una escala diferencial o se ofrezcan servicios más económicos en comparación con las prácticas locales. Incluso podemos ofrecer algunos servicios *pro bono* (sin cargo). Vale la pena tener en mente que el descuento no obedece a que los servicios que ofrecemos sean de menor calidad. La investigación ha demostrado que, con buena supervisión, los productos y resultados son tan buenos o incluso mejores de lo que se dispone en el mercado (en especial al considerar la plétora de opciones que pueden encontrar las familias cuando hacen búsquedas en Google). El descuento tiene que ver más con asegurar que existe una corriente de canalización de casos para ayudar a los estudiantes a desarrollar sus habilidades según lo previsto y retribuir a la comunidad local. De modo que puede sentirse bien con el trabajo que realiza al empezar, incluso si al principio no se siente confiado.

Hay algunas cosas que debe tener en mente si inicia su práctica privada. Cuando uno lleva los cursos de evaluación, el gabinete es mágicamente abastecido de ingredientes. Éstos son seleccionados por los profesores y directores de la clínica, y son pagados con fondos para el entrenamiento o ingresos de la clínica. Si usted está iniciando una práctica independiente, es usted quien debe decidir cómo abastecer el gabinete y hacer la compra. Este libro y las páginas de Wikiversidad son una vez más excelentes recursos. Considere al libro como una lista de compras: ¿Cuáles son los ingredientes básicos que debe asegurarse de tener abastecidos para estar preparado para los problemas “esenciales” comunes? ¿En qué temas le gustaría especializarse? Los capítulos le proporcionan los ingredientes complementarios que puede agregar a su inventario. ¿Recuerda que los expertos insistieron en incluir lo mejor de las opciones gratuitas? Eso le permitirá hacer grandes ahorros en los costos mientras inicia su práctica y continuar con los mismos en la medida que las herramientas resulten útiles. Los eslabones más débiles en la cadena que conecta investigación y práctica a menudo han sido conocimiento y acceso, el sitio de Wikiversidad aborda ambas deficiencias. El mismo sitio que fue útil para los estudiantes lo sigue siendo en el largo plazo.

Cuando piense en costos, el tiempo también es dinero. El tiempo que nos toma encontrar materiales, calificarlos y encontrar la información interpretable tiene un

costo de oportunidad para nosotros. Una vez más, la organización de Wikiversidad nos ayuda a cocinar como profesionales. Hay límites a lo que los clientes están dispuestos a aceptar en términos de carga, por lo que el énfasis en las versiones más cortas es una opción útil. Las opciones más detalladas también están ahí para cuando sean claramente valiosas.

El paisaje económico cambiará en el curso de nuestras carreras. Parte de ello es el ciclo de desarrollo de nuestro crecimiento profesional. Cuando somos estudiantes, la beca no está ligada a la productividad clínica y ofrecemos tarifas con descuento en las clínicas de entrenamiento. Al convertirnos en profesionales, elegimos un escenario y modelo de práctica. En los escenarios médicos y en la práctica privada hay una conexión mucho más estrecha entre nuestro ingreso y el servicio ofrecido. La evaluación es una herramienta invaluable: impone una tasa más alta que una hora de terapia; permite el acceso a servicios más intensivos, y los especialistas somos nosotros; ninguna otra profesión tiene las habilidades o el mandato de cumplir ese rol en los sistemas de atención.

El paisaje también cambia en términos de los seguros y la competencia. La atención basada en la medición y el pago por calidad son cambios importantes. La evaluación es integral, y somos la profesión con mejor posición para

trabajar con ese cambio en gustos. La amenaza más perturbadora viene de la tecnología, empresas como Google, 23 and me, Amazon y Facebook utilizan máquinas capaces de aprender a hacer diagnósticos y han incursionado en la oferta de servicios. Si tienen éxito —lo que no es algo seguro—, llenarán el nicho de la franquicia de comida rápida de la salud mental. Van a sobresalir en la automatización de escalas, y pueden hacer un trabajo útil con problemas rutinarios y en el campo de la psicoeducación. Pero la psicología es una de las disciplinas con menos probabilidad de ser automatizada. Los seres humanos son complejos y sus gustos y necesidades pueden ser tan individualizados que para entenderlos se requiere sofisticación. También se necesitan muchas habilidades sociales para involucrarlos y promover el cambio (Susskind y Susskind, 2015). Seguiremos teniendo papeles exitosos, incluyendo banquetes para las personas con los problemas más raros o complejos, proporcionando servicios a la medida en escenarios de paga privada o mezclando algunos ingredientes de los servicios tecnológicos en un enfoque individualizado, como cuando usamos tiras de pollo, algunos de los ingredientes disponibles y creatividad para preparar una fritura deliciosa. Entender los principios de la evaluación es la ventaja que asegura que seguiremos siendo los cocineros y chefs que entregan y diseñan un servicio personalizado y de calidad.

