

Evaluación Psicológica en Clínica y Salud: del cribado inicial al análisis funcional y transdiagnóstico

Carmita Villavicencio-Aguilar

Evaluación Psicológica en Clínica y Salud: del cribado inicial al análisis funcional y transdiagnóstico

Carmita Villavicencio-Aguilar



© **Carmita Villavicencio-Aguilar**

cvillavicencio@utmachala.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2614-7062>

Docente de la Carrera de Psicología Clínica, Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud, Universidad Técnica de Machala-Ecuador

Primera edición, 2025-11-09

ISBN: 978-9942-53-011-0

DOI: <http://doi.org/10.48190/9789942530110>

Distribución online

 Acceso abierto

Cita

Villavicencio-Aguilar (2025) Evaluación Psicológica en Clínica y Salud: del cribado inicial al análisis funcional y transdiagnóstico

. Editorial Grupo Compás

Este libro es parte de la colección de la Univesidad Técnica de Machala y ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad de la publicación. El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

Índice

Capítulo 1 Evaluación Psicológica de Primer nivel:	
Cribado y Detección inicial.....	6
Introducción	6
1.1 Concepto de Evaluación Psicológica Inicial	7
1.2 Objetivo y Funciones del Cribado.....	8
1.3 Importancia en Contextos Clínicos y Hospitalarios	8
1.4 Instrumentos de Evaluación rápida y Cribado	9
1.4.1 Cuestionarios Breves (PHQ-9, GAD-7, PHQ-PD, SRQ-20, entre otros)	10
1.4.2 Entrevistas Breves estructuradas y semiestructuradas.....	21
1.5 Proceso de Derivación tras evaluación inicial	22
1.5.1 Criterios para determinar Gravedad y Urgencia. .	23
1.5.2 ¿Cuándo derivar a un Segundo nivel?	23
1.6 Ejemplos prácticos y Casos clínicos breves.....	25
1.6.1 Caso Clínico 1: Ansiedad Generalizada en un estudiante universitario	25
1.6.2 Caso Clínico 2: Identificación temprana de Depresión mayor	26
1.6.3 Casos reales que ilustran la importancia de la Detección temprana y Derivación adecuada en Salud mental	28
1.7 Conclusión y puntos importantes del capítulo....	30
Capítulo 2 Evaluación Psicológica de Segundo nivel:	
Diagnóstico clínico específico	35
Introducción	36
2.1 Definición y Objetivos específicos.....	37
2.2 Diferencias entre Evaluación inicial y de Segundo nivel	39
2.3 Instrumentos diagnósticos específicos y estandarizados	41
2.3.1 Entrevistas Clínicas estructuradas (SCID-I, MINI, CIDI)	42
2.3.2 Escalas Psicométricas específicas según Trastorno (Ansiedad, Depresión, TEPT).....	60
2.4 La Integración clínica del diagnóstico.....	66

2.4.1 Interpretación crítica de resultados diagnósticos	68
2.4.2 El Diagnóstico basado únicamente en instrumentos Psicométricos	69
2.5 Casos Prácticos comentados	71
2.5.1 Ejemplos detallados de Aplicación de pruebas diagnósticas específicas.	72
2.6 Conclusiones y Recomendaciones prácticas.....	74
Capítulo 3 Análisis Funcional y Formulación del caso clínico	79
Introducción	79
3.1. Marco epistemológico del Análisis Funcional....	81
3.1.1 Definición e importancia del Análisis Funcional. .	82
3.1.2. Componentes del Análisis Funcional	84
3.2. Diferencias entre Diagnóstico y Análisis Funcional	85
3.3. Métodos y Técnicas para realizar Análisis Funcional	87
3.3. 1 Técnicas Conductuales y Cognitivas Aplicadas en Análisis Funcional	88
3.3.2 Casos ilustrativos y ejemplos detallados de Análisis Funcional	90
3.3.3 Ejemplos de Análisis Funcional de Ansiedad, Depresión y Conductas de Salud.	94
3.4 Articulación entre Técnicas y Formulación Clínica	97
3.5 Formulación del Caso Clínico	98
3.5.1 Modelo de Formulación Integrativa.	99
3.5.2. Integración Clínica de variables: Contextuales, Cognitivas, Emocionales y Conductuales	102
3.6 Conclusiones Prácticas y Recomendaciones para terapeutas	105
Capítulo 4 Evaluación Psicológica Transdiagnóstica: Una visión integradora	114
Introducción	114
4.1 El Modelo Transdiagnóstico en Salud Mental... 115	
4.1.1 Fundamentos teóricos y clínicos del Enfoque Transdiagnóstico.	117

4.1.2 Ventajas de la Evaluación Transdiagnóstica frente al Diagnóstico tradicional.	119
4.2 Dimensiones y procesos necesarios en Evaluación Transdiagnóstica	121
4.2.1 Evitación experiencial, Regulación emocional, Rumiación cognitiva, Intolerancia a la incertidumbre.	122
4.3 Instrumentos para la Evaluación Transdiagnóstica (p.ej., Cuestionarios sobre Procesos Transdiagnósticos).	125
4.4 Integración Transdiagnóstica en la Formulación de casos complejos	127
4.4.1 Cómo realizar una Formulación Transdiagnóstica paso a paso.	128
4.4.2 Aplicaciones clínicas: Ansiedad, Depresión, Trastornos somáticos y otros	131
4.4.3 Ejemplos clínicos prácticos comentados	133
4.5 Recomendaciones para el Psicólogo clínico	142
4.6 Orientaciones prácticas para una Evaluación psicológica Integral e Integradora.	143
4.7 Competencias necesarias del Psicólogo clínico para una Evaluación integral	145
4.8 Reflexión sobre futuros retos en Evaluación psicológica.	146
Conclusión general del libro	148

Índice de Tablas

Tabla 1 Cuestionario sobre la salud del paciente trastorno depresivo - 9	12
Tabla 2 Cuestionario de Ansiedad generalizada	16
Tabla 3 Cuestionario de Trastorno de Pánico	18
Tabla 4 Cuestionario de Autoinforme	20
Tabla 5 Cuadro de presentación de Entrevista Estructurada DSM-IV - SCID (Eje I)	43
Tabla 6 Cuadro de presentación de Entrevista MINI	52
Tabla 7 Cuadro de Relación de escolaridad y puntaje para adaptación de puntuación	56
Tabla 8 Cuadro del Instructivo de Mini-Examen del Estado Mental (MEEM o Mini- Mental)	56
Tabla 9 Cuadro de presentación de Escala de Depresión CES-D	61
Tabla 10 A-B-C (Antecedentes - Conducta - Consecuencia - Interpretación funcional)	92
Tabla 11 Análisis funcional (Modelo ABC).....	136
Tabla 12 Formulación transdiagnóstica	139

Capítulo 1 Evaluación Psicológica de Primer nivel: Cribado y Detección inicial

Introducción

La evaluación psicológica de primer nivel representa la puerta de entrada al proceso diagnóstico, siendo fundamental para la identificación precoz de posibles dificultades emocionales, conductuales o cognitivas en distintos contextos clínicos, educativos o comunitarios. Este nivel de evaluación se caracteriza por el uso de procedimientos breves, estandarizados y de fácil aplicación –como cuestionarios de tamizaje o entrevistas estructuradas– que detectan indicios de riesgo psicológico sin emitir un diagnóstico definitivo (Fernández-Ballesteros, 2018). Su objetivo central no es confirmar trastornos, sino señalar la necesidad de una evaluación más profunda o de una intervención temprana, especialmente en poblaciones de atención prioritaria o de difícil acceso a servicios especializados.

El cribado psicológico se ha consolidado como una práctica esencial en la psicología preventiva, al facilitar una respuesta oportuna antes de que los síntomas se cronifiquen o generen un deterioro significativo en la calidad de vida de las personas. Además, este tipo de evaluación es relevante en entornos donde los recursos diagnósticos son limitados, pues se priorizan casos con mayor urgencia clínica (Muñoz-Navarro et al., 2021). La implementación eficaz del cribado requiere del conocimiento técnico del profesional, sensibilidad ética y comprensión del contexto sociocultural del evaluado, asegurando así una práctica responsable y respetuosa.

Este capítulo invita a estudiantes y profesionales de la psicología a profundizar en los fundamentos, herramientas y buenas prácticas del cribado psicológico, con ejemplos aplicados y reflexiones críticas que enriquecen la

comprensión del proceso. Al abordar esta etapa temprana de la evaluación, se resalta su relevancia como mecanismo de protección y canalización hacia servicios especializados. En tiempos donde la salud mental cobra un papel protagónico en la agenda pública, comprender el valor de la detección inicial es más urgente que nunca.

1.1 Concepto de Evaluación Psicológica Inicial

La evaluación psicológica inicial de problemas psicológicos se ha convertido en una herramienta fundamental para detectar tempranamente trastornos mentales comunes, constituye una fase crítica dentro del proceso general de intervención psicológica, especialmente en contextos educativos y clínicos. Este proceso busca identificar tempranamente factores de riesgo, necesidades específicas y posibles trastornos emocionales o psicológicos en individuos o grupos específicos. A través de una evaluación inicial adecuada, se establecen los primeros lineamientos para un posible diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno (Fernández-Ballesteros, 2021).

En términos generales, la evaluación psicológica inicial implica el uso de técnicas e instrumentos rápidos y eficientes, con el propósito de realizar un primer filtro que posteriormente deriven a procesos más profundos y específicos, estos dos tipos específicos de instrumentos son: cuestionarios breves y entrevistas breves estructuradas y semiestructuradas. Esta fase inicial es prioritaria porque facilita una respuesta inmediata y apropiada, particularmente en contextos donde la rápida identificación puede prevenir el desarrollo de trastornos más severos, como ocurre en universidades donde muchos estudiantes enfrentan estrés académico o problemas emocionales derivados de situaciones personales complejas (Jiménez y Ríos, 2019).

1.2 Objetivo y Funciones del Cribado.

El cribado tiene como objetivo identificar de forma temprana los casos que requieren atención especializada, promoviendo intervenciones oportunas y eficientes. Esto es especialmente importante en contextos como universidades, hospitales y clínicas donde la demanda de atención suele ser alta.

Las funciones del cribado serían:

- Detección de síntomas o trastornos psicológicos en individuos con posibles trastornos psicológicos, reduciendo el impacto y la severidad de los trastornos mediante intervenciones tempranas (Muñoz, 2020).
- Facilitación de recogida inicial de información clínica relevante para la clasificación rápida de individuos según el nivel de riesgo.
- Priorización de la atención psicológica, especialmente en contextos con recursos limitados, facilitando intervenciones inmediatas o derivaciones oportunas a servicios especializados.
- Optimización de recursos clínicos y educativos mediante una intervención focalizada.

1.3 Importancia en Contextos Clínicos y Hospitalarios

La importancia del cribado es particularmente evidente en contextos clínicos y hospitalarios. En estos entornos, la evaluación psicológica inicial ayuda a los profesionales a determinar rápidamente el grado de urgencia de atención psicológica requerida, especialmente en servicios de emergencias, oncología, cardiología y unidades de cuidado intensivo, donde los pacientes enfrentan elevados niveles de estrés emocional y psicológico. Así, pacientes diagnosticados con cáncer pueden experimentar ansiedad elevada, miedo a la muerte y depresión, que afectan

negativamente su recuperación y calidad de vida (Quintero y Finc, 2018). El cribado oportuno mediante herramientas como el PHQ-9 no solo mejora la calidad de atención, sino que también contribuye significativamente al bienestar general del paciente y a una recuperación más eficiente.

Además, en contextos hospitalarios, el cribado detecta trastornos mentales que podrían pasar desapercibidos debido a que los pacientes tienden a concentrarse en los síntomas físicos y no reportan espontáneamente problemas emocionales o psicológicos. Un ejemplo claro es el caso de pacientes con enfermedades cardiovasculares, quienes frecuentemente presentan altos niveles de estrés y depresión, síntomas que pueden ser identificados tempranamente con el uso de instrumentos específicos como el SRQ-20 (OMS, 1994).

En definitiva, la evaluación psicológica inicial, particularmente el cribado, juega un papel vital en la prevención, detección temprana e intervención rápida ante trastornos psicológicos. Su correcta implementación, tanto en contextos educativos como clínicos, tiene implicaciones directas en la eficiencia y eficacia de las intervenciones posteriores, impactando positivamente en la calidad de vida de los individuos evaluados.

1.4 Instrumentos de Evaluación rápida y Cribado

En el ámbito clínico y de la salud mental, los instrumentos de cribado y evaluación rápida cumplen una función esencial para una detección temprana, sencilla y eficiente de posibles trastornos psicológicos. Estas herramientas, generalmente en formato de cuestionarios breves, ofrecen la posibilidad de obtener información válida y confiable en un tiempo reducido, facilitando tanto la toma de decisiones diagnósticas como la planificación de intervenciones oportunas. Además, constituyen un recurso valioso en contextos donde la demanda de atención es elevada y los

profesionales requieren procedimientos ágiles que mantengan un equilibrio entre precisión y practicidad.

Dentro de este grupo de instrumentos destacan algunos cuestionarios ampliamente utilizados a nivel internacional. El **PHQ-9** se orienta a la evaluación de síntomas depresivos, mientras que el **GAD-7** se centra en la detección de trastornos de ansiedad generalizada. El **PHQ-PD** identifica síntomas relacionados con trastornos de pánico, y el **SRQ-20**, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, ha mostrado utilidad para el cribado de diversos problemas emocionales y psiquiátricos en poblaciones generales y comunitarias. Estos cuestionarios, junto con otros instrumentos complementarios, representan un primer paso en la identificación de riesgos y en la prevención de complicaciones mayores, contribuyendo a mejorar la calidad y eficacia de la atención en salud mental.

1.4.1 Cuestionarios Breves (PHQ-9, GAD-7, PHQ-PD, SRQ-20).

Uno de los elementos fundamentales en la evaluación inicial es el cribado o screening. Este término se refiere específicamente a un procedimiento breve y estandarizado orientado a detectar individuos en riesgo de desarrollar o padecer trastornos psicológicos comunes, como la depresión, ansiedad o estrés, facilitando una rápida identificación y derivación a intervenciones más profundas. Entre estos instrumentos destacan el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) y el Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20).

De modo que, el uso del cuestionario GAD-7 en estudiantes universitarios identifica rápidamente quienes necesitan apoyo emocional frente a situaciones estresantes como exámenes finales o adaptaciones a la vida universitaria (Spitzer et al., 2006).

El **PHQ-9**, creado por Spitzer et al. (1999), consta de nueve preguntas que evalúan síntomas depresivos, durante las últimas dos semanas, basados en los criterios diagnósticos del DSM-5. De modo que, una pregunta típica del PHQ-9 indaga: "¿En las últimas dos semanas, se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanzas?". Su brevedad y simplicidad sugieren una aplicación rápida en contextos universitarios, donde el tiempo es limitado y la población estudiantil amplia (Kroenke et al., 2001). Sin embargo, su brevedad también puede llevar a falsos positivos, ciertas respuestas puntuales podrían estar influenciadas por situaciones coyunturales como exámenes, ruptura amorosa o dificultades familiares momentáneas.

A continuación, se expone el Cuestionario de Trastorno Depresivo PQH-9 (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Cuestionario sobre la salud del paciente con trastorno depresivo - 9

(PHQ-9)					
Durante las últimas 2 semanas, ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Marque con un “o” para indicar su respuesta.		Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2	Se ha sentido decaído (a), deprimido (a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3	Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido (a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4	Se ha sentido cansado (a) o con poca energía	0	1	2	3
5	Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6	Se ha sentido mal con usted mismo (a), o que es un fracaso o que ha quedado mal con	0	1	2	3

usted mismo (a) o su familia				
7	Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer o ver televisión	0	1	2 3
8	¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario, muy inquieto (a) o agitado (a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2 3
9	Pensamientos de que mejor estaría muerto (a) o de lastimarse de alguna manera.	0	1	2 3

Nota. Adaptado de "The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure," por K. Kroenke., R. Spitzer., y J. Williams, 2001, *Journal Of General Internal Medicine*, 16(9), p. 613. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11556941>). CC-BY-NC.

Puntuación PHQ-9

El PHQ-9 indaga sobre el sueño, la energía, el apetito y otros posibles síntomas de depresión. Las puntuaciones se calculan en función de la frecuencia con la que una persona experimenta estas situaciones.

La Universidad de Washington, mediante el Centro AIMS (2024) señala lo siguiente: Cada respuesta "ningún día" se califica como 0; cada respuesta de "varios días" es 1; cada respuesta de "más de la mitad de los días" es 2; y cada respuesta de "casi todos los días" es 3. El valor de la suma de estas respuestas refleja la puntuación total.

- **1-4:** Se considera *depresión mínima*, sugiere que el examinado podría no necesitar tratamiento para la depresión.
- **5-9:** Se considera *depresión leve*. En respuesta a este resultado, los proveedores de atención médica pueden usar su juicio clínico sobre el tratamiento basado en la duración y gravedad de los síntomas.
- **10-14:** Se considera *depresión moderada*. Similar a *depresión leve*, Los proveedores de atención médica pueden usar su juicio clínico y conocimiento del paciente para determinar el curso del tratamiento.
- **15-19:** Se estima *depresión moderadamente severa*. Esto generalmente garantiza el tratamiento de la depresión con medicamentos, terapia o una combinación de ambos.
- **20-27:** Se estima *depresión severa*. Esto garantiza el tratamiento de la depresión con medicamentos, terapia o una combinación de ambos.

El **GAD-7**, por su parte, mide síntomas ansiosos generalizados mediante siete preguntas. Una de sus preguntas, así, aborda: "¿Ha sentido nerviosismo o ansiedad en las últimas dos semanas?". Este cuestionario ha demostrado buena sensibilidad y especificidad para detectar trastornos de ansiedad (Spitzer et al., 2006). Sin

embargo, es prioritario entender que los resultados requieren contextualización y no deben utilizarse de manera aislada para diagnosticar trastornos mentales.

Puntuación del GAD-7

El puntaje de la escala GAD-7 se calcula asignando calificaciones 0, 1, 2 y 3 a las categorías de respuesta "ningún día", "varios días", "más de la mitad de los días" y "casi todos los días" respectivamente, y sumando los puntajes de las siete preguntas. Su interpretación es considerada con los puntajes de 5, 10 y 15 que son puntos de corte para la ansiedad.

- 5** Leve
- 10** Moderada
- 15** Grave.

Un puntaje por encima de 10 sugiere la derivación para una evaluación adicional o recomendar un tratamiento. En la siguiente tabla 2 se señala la distribución de las preguntas.

Tabla 2

Cuestionario de Ansiedad generalizada

(PHQ-GAD-7)					
		Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Durante las últimas 2 semanas, ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Marque con un "o" para indicar su respuesta.					
1	Se ha sentido nervioso (a), ansioso (a) o con los nervios de punta.	0	1	2	3
2	Ha sido capaz de parar o controlar su preocupación.	0	1	2	3
3	Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4	Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5	Se ha sentido tan inquieto (a) que no ha podido quedarse quieto (a),	0	1	2	3
6	Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3

7	Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3
---	--	---	---	---	---

Nota. Adaptado de *PHQ-9 Depression Scale questionnaire*, por Centro AIMS, 2024 (<https://aims.uw.edu/resource-library/phq-9-depression-scale>). Derechos de autor 2024 por Universidad de Washington.

La prueba **PHQ-PD** evalúa el trastorno de pánico para determinar si ciertos síntomas son causados por un trastorno de pánico o por un problema físico, como un ataque al corazón. Para comprender los resultados de una prueba de trastorno de pánico, según MedlinePlus el profesional de la salud considerará sus síntomas, su historia clínica y los resultados de otras pruebas. A menudo, los síntomas del trastorno de pánico comienzan antes de los 25 años, pero pueden ocurrir alrededor de los 30 e incluyen:

- Ataques de pánico frecuentes e inesperados
- Preocupación continua por la posibilidad de tener otro ataque de pánico
- Evitación de lugares y situaciones porque teme que puedan provocar un ataque de pánico
- Miedo de perder el control
- Ninguna otra causa de un ataque de pánico, como consumo de sustancias, una afección de salud mental o problema físico.

Puntuación del PHQ-PD

Una calificación de 1 por cada respuesta positiva. Se interpreta cuando cinco o más puntos están presentes y sugieren un Trastorno de Pánico.

Tabla 3

Cuestionario de Trastorno de Pánico

(PHQ-PD)		
1	Preguntas sobre la ansiedad	NO SI
	a. En las últimas 4 semanas ¿ha tenido algún ataque de ansiedad - sensación repentina de miedo o pánico?	
	Si ha contestado que NO, suspenda la prueba	
	b. ¿Alguna vez le había pasado antes?	
	c. ¿Algunos de estos ataques aparecen de repente cuando menos se lo espera, es decir, en situaciones en que aparentemente no está nervioso (a) o incómodo (a)	
	d. ¿Estos ataques le molestan mucho o le preocupa tener otro ataque?	
2	Piense en su último ataque de ansiedad serio cuando conteste a las siguientes preguntas	NO SI
	a. ¿Se quedó sin aire?	
	b. ¿El corazón le latió deprisa, con fuerza o le dio un vuelco?	
	c. ¿Tuvo dolor o presión en el pecho?	
	d. ¿Sudó?	
	e. ¿Sintió que se estaba ahogando?	

f. ¿Tuvo sofocos o escalofríos?

g. ¿Tuvo náuseas, problemas de estómago o la sensación de que iba a tener diarrea?

h. ¿Se sintió mareado (a), inestable o a punto de desmayarse?

i. ¿Sintió hormigueo o alguna parte del cuerpo dormida?

j. ¿Tuvo dolores o estremecimientos?

k. ¿Tuvo miedo de estar muriéndose?

Nota. Adaptado de Apéndice 4 - *Trastorno de Pánico*, por World Rugby Passport, s.f. (<https://passport.world.rugby/es/bienestar-del-jugador/perspectiva-un-recurso-de-salud-mental-para-medicos-de-equipos/apendices/apendice-4-trastorno-de-panico>). Derechos de autor 2025 por World Rugby Passport.

El **SRQ-20**, Beusenbergh et al. (1994) desarrollaron para la Organización Mundial de la Salud este instrumento que evalúa síntomas generales de malestar psicológico y es ampliamente utilizado en países de ingresos bajos y medios por su facilidad de aplicación y adaptación cultural. Un ítem representativo sería: ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? Este instrumento es especialmente valioso en contextos universitarios diversos, donde estudiantes de diferentes culturas pueden experimentar estrés y ansiedad de maneras distintas.

Es una medida de autoinforme para detectar malestar psicológico inespecífico; las subescalas incluyen depresión/ansiedad, síntomas somáticos, disminución de la energía vital y pensamientos depresivos. Las opciones de

respuesta son sí/no, esto puede ser comprendido por muchas personas.

Puntuación e interpretación

Se califica como 0 (sin síntomas) o 1 (con síntomas). El rango de puntuación es de 0 a 20; las puntuaciones superiores a 10 se clasifican como trastorno mental. Las respuestas son sí o no. Instrucciones para interpretar el cuestionario, para determinar la puntuación se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20; la persona presenta un alto riesgo de tener una enfermedad mental y debe de ser referida al Centro de Salud para hacer una evaluación especializada. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (suspica, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario (USAID, 2025).

Tabla 4

Cuestionario de Autoinforme

The Self Reporting Questionnaire SRQ-20		SI	NO
1	¿Tienes dolores de cabeza con frecuencia?		
2	¿Tiene poco apetito?		
3	¿Duerme mal?		
4	¿Se asusta fácilmente?		
5	¿Le tiemblan las manos?		
6	¿Se siente nervioso, tenso o preocupado?		
7	¿Tiene mala digestión?		
8	¿Tiene problemas para pensar con claridad?		
9	¿Se siente infeliz?		

- 10 ¿Llora más de lo habitual?
- 11 ¿Le resulta difícil disfrutar de sus actividades diarias?
- 12 ¿Le resulta difícil tomar decisiones?
- 13 ¿Su trabajo diario se ve afectado?
- 14 ¿No puede desempeñar un papel útil en el trabajo?
- 15 ¿Ha perdido el interés en las cosas?
- 16 ¿Siente que es una persona inútil?
- 17 ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?
- 18 ¿Se siente cansado todo el tiempo?
- 19 ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?
- 20 ¿Se cansa con facilidad?

Nota. Division of Mental Health. World Health Organization Geneva, 1994.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/61113/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf

1.4.2 Entrevistas Breves estructuradas y semiestructuradas

Por otro lado, las entrevistas breves estructuradas y semiestructuradas constituyen otro tipo de instrumento eficaz en la evaluación rápida. Las entrevistas estructuradas, como la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), utilizan preguntas predeterminadas para obtener respuestas concretas que facilitan una evaluación rápida y estandarizada (Sheehan et al., 1998). De tal modo que, una pregunta estructurada del MINI podría ser: "¿En las últimas dos semanas, ha perdido interés o placer en actividades que normalmente disfruta?". La ventaja principal de este tipo de entrevistas es la consistencia y facilidad de análisis comparativo entre individuos.

En contraste, las entrevistas semiestructuradas ofrecen mayor flexibilidad y apoyan al entrevistador en profundizar en respuestas específicas, adaptándose a la situación particular de cada estudiante. De modo que, si durante una entrevista semiestructurada un estudiante menciona estrés académico, el entrevistador tiene la libertad de explorar más profundamente causas específicas como sobrecarga académica, problemas familiares o dificultades económicas. Es notable el uso de la entrevista clínica semiestructurada SCID (Structured Clinical Interview for DSM-5), que adapta la profundidad y enfoque según el contexto de la evaluación (First et al., 2015).

Es importante destacar críticamente que ambos enfoques, cuestionarios y entrevistas, tienen limitaciones intrínsecas. Los cuestionarios pueden ser demasiado superficiales y llevar a autodiagnósticos erróneos, mientras que las entrevistas pueden requerir recursos humanos y tiempo considerable, dificultando su implementación masiva como en los contextos universitarios con recursos limitados. Por tanto, una estrategia combinada parece óptima, donde un cuestionario inicial pueda señalar estudiantes que requieran una entrevista más detallada.

1.5 Proceso de Derivación tras evaluación inicial

El proceso de derivación tras la evaluación psicológica inicial es un componente determinante dentro del marco general de intervención psicológica, especialmente en contextos educativos y clínicos. La derivación consiste en dirigir a una persona evaluada hacia un nivel superior o más especializado de atención cuando los recursos disponibles inicialmente no son suficientes para abordar adecuadamente su situación emocional o psicológica. Para los estudiantes universitarios, este proceso adquiere especial relevancia dado que se encuentran en una etapa de transición y adaptación que implica múltiples desafíos personales, académicos y sociales (Jiménez y Ríos, 2019).

1.5.1 Criterios para determinar Gravedad y Urgencia.

Determinar la gravedad y urgencia durante el proceso de derivación implica evaluar cuidadosamente factores como la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas, así como su impacto en el funcionamiento cotidiano del estudiante. Tal es así, un estudiante que reporta sentimientos de tristeza ocasionales podría manejarse inicialmente mediante intervenciones breves como consejería o talleres psicoeducativos. Sin embargo, si esta tristeza se acompaña de ideas suicidas recurrentes, pérdida significativa de peso o dificultades para dormir, se requiere una derivación inmediata hacia un nivel especializado que pueda ofrecer una intervención más profunda y urgente (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Además, es crítico considerar la gravedad en función del impacto sobre el rendimiento académico y la vida social del estudiante. Para ilustrar, una estudiante que comienza a experimentar ataques de ansiedad antes de cada examen, hasta el punto de evitar presentarse a las evaluaciones, refleja un deterioro significativo en su rendimiento académico y requiere atención urgente. En este caso, derivarla rápidamente a psicoterapia especializada o intervención psiquiátrica podría prevenir complicaciones más severas, como la deserción universitaria o el desarrollo de trastornos más complejos (Spitzer et al., 2006).

1.5.2 ¿Cuándo derivar a un Segundo nivel?

La decisión de derivar a un segundo nivel debe realizarse cuando las condiciones emocionales o psicológicas del estudiante sobrepasan la capacidad resolutoria del primer nivel de atención. El segundo nivel implica servicios más especializados, como psicólogos clínicos, psicoterapeutas o psiquiatras. Por ejemplo, un estudiante que inicialmente presenta síntomas leves de estrés puede recibir apoyo mediante charlas de manejo de estrés; no obstante, si estos síntomas evolucionan a una ansiedad generalizada persistente, es imprescindible una derivación a tratamiento especializado para evitar la cronificación de su condición (Muñoz, 2020).

Otra situación típica en contextos universitarios que requiere derivación inmediata a segundo nivel es la detección de trastornos alimenticios. Consideremos el caso de un estudiante universitario que muestra una disminución drástica y preocupante de peso, conductas restrictivas extremas en la alimentación o prácticas compensatorias como vómitos autoinducidos o uso excesivo de laxantes. La derivación a servicios especializados en trastornos de conducta alimentaria será esencial para evitar daños irreparables a su salud física y mental (Rodríguez y Agüero, 2017).

En contextos clínicos y hospitalarios, el proceso de derivación también implica reconocer oportunamente signos de alerta que podrían poner en riesgo la vida del usuario. Por ejemplo, estudiantes que ingresan a servicios de emergencia tras un episodio de autolesión o intento suicida deben ser inmediatamente derivados a atención psiquiátrica urgente. Aquí, la rapidez y efectividad en el proceso de derivación puede marcar una diferencia crítica en la recuperación o prevención de futuros eventos similares (Martínez-González et al., 2020).

Es importante reflexionar críticamente sobre cómo realizar la derivación. Una derivación efectiva requiere una comunicación clara, empática y responsable por parte del profesional que la realiza. Explicar al estudiante las razones del traslado hacia un segundo nivel de atención, así como los beneficios esperados, aumenta la probabilidad de aceptación y adherencia al tratamiento posterior. Esto evita percepciones negativas que podrían generar resistencia o abandono del proceso terapéutico (Quintero y Finc, 2018).

Finalmente, desde una perspectiva argumentativa, se debe destacar que una derivación bien fundamentada y oportuna no solo beneficia al estudiante individualmente, sino que también optimiza el uso de los recursos institucionales y clínicos disponibles. Facilitar una rápida intervención especializada reduce costos a largo plazo y mejora la calidad de vida académica, social y emocional del estudiante.

1.6 Ejemplos prácticos y Casos clínicos breves

La detección temprana y derivación oportuna en salud mental representa uno de los pilares fundamentales para el adecuado tratamiento y evolución favorable de los pacientes. En la práctica clínica cotidiana, los profesionales enfrentan desafíos particulares para identificar signos y síntomas que ameriten una intervención temprana. A continuación, se exponen dos casos clínicos breves y reales que ilustran claramente este proceso, dirigidos a promover la reflexión crítica y argumentativa entre estudiantes universitarios del área de la salud.

1.6.1 Caso Clínico 1: Ansiedad Generalizada en un estudiante universitario

María es una estudiante universitaria de 20 años que asiste a consulta debido a que presenta insomnio, dificultad para concentrarse en sus estudios y preocupación constante sobre su rendimiento académico. Inicialmente, atribuyó estos síntomas al estrés propio del semestre académico. Sin

embargo, tras profundizar en la entrevista clínica, manifestó síntomas adicionales como irritabilidad constante, tensión muscular persistente y sensación permanente de fatiga. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), estos síntomas son compatibles con el trastorno de ansiedad generalizada.

En este caso, la detección temprana realizada por un orientador universitario que decidió derivar a María al servicio de psicología clínica fue fundamental. La importancia de esta derivación radica en que "la intervención precoz en trastornos de ansiedad mejora significativamente el pronóstico del paciente, evitando el desarrollo de cuadros más graves y limitantes" (Craske et al., 2017, p. 223).

En concreto se enfatiza la necesidad de formar a profesionales y estudiantes en la detección temprana de síntomas psicológicos, evitando banalizar o atribuir síntomas preocupantes únicamente al estrés académico habitual.

1.6.2 Caso Clínico 2: Identificación temprana de Depresión mayor

Andrés, de 21 años, acudió al servicio médico universitario por molestias gastrointestinales y pérdida de peso involuntaria. Tras la evaluación médica inicial sin hallazgos orgánicos significativos, se exploró la dimensión emocional. Andrés admitió entonces que llevaba más de dos meses con sentimientos profundos de tristeza, anhedonia (pérdida de interés o placer en actividades cotidianas), aislamiento social y episodios frecuentes de llanto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) indica que la depresión es una de las principales causas de discapacidad entre los jóvenes adultos, subrayando la urgencia de su detección temprana y tratamiento adecuado. En el caso de Andrés, la detección rápida por parte del médico general y la derivación inmediata al servicio de

psiquiatría facilitaron una intervención oportuna, incluyendo terapia cognitivo-conductual combinada con tratamiento farmacológico.

Este caso subraya la relevancia del abordaje biopsicosocial integral en la evaluación inicial del paciente, reforzando la idea de que ignorar o minimizar síntomas emocionales puede conducir a un agravamiento de la condición clínica del paciente (Ramos, 2015).

Ambos casos presentan elementos en común: jóvenes adultos en entornos universitarios, donde los síntomas emocionales y psicológicos pueden confundirse fácilmente con estrés académico o problemas típicos de la edad. Este contexto resalta la responsabilidad compartida entre educadores, personal sanitario y compañeros en la detección temprana de signos preocupantes.

Como estudiantes del área de la salud, es esencial desarrollar habilidades de observación, comunicación y sensibilidad para captar señales tempranas de alteraciones emocionales. Una derivación efectiva y oportuna puede significar la diferencia entre una pronta recuperación y la evolución hacia trastornos más complejos y difíciles de manejar.

En conclusión, fomentar una educación preventiva que priorice la detección temprana y derivación oportuna debe ser una tarea prioritaria en la formación académica. Tal como mencionan Solmi et al. (2022), que la prevención e intervención temprana en salud mental deben comenzar en contextos educativos, empoderando a los jóvenes con el conocimiento necesario para solicitar y recibir ayuda profesional. La responsabilidad en salud mental es compartida y requiere compromiso y preparación constante desde etapas tempranas de formación profesional.

1.6.3 Casos reales que ilustran la importancia de la Detección temprana y Derivación adecuada en Salud mental

La detección temprana y la derivación oportuna en salud mental pueden representar literalmente la diferencia entre la vida y la muerte. El análisis crítico de casos reales ampliamente conocidos predispone a los estudiantes a reflexionar acerca de la trascendencia que posee la capacidad de detectar signos tempranos y derivar eficazmente a pacientes en situaciones vulnerables.

Caso 1: Chester Bennington y la invisibilidad de la depresión

Chester Bennington, vocalista de la banda Linkin Park, fue una figura pública reconocida por millones, pero enfrentó silenciosamente una lucha interna contra la depresión mayor durante muchos años. Bennington expresó reiteradamente en entrevistas cómo su salud mental se deterioraba progresivamente, sin que esto generara una alerta suficiente para promover una intervención efectiva. Finalmente, Chester se suicidó en julio de 2017, a los 41 años.

La depresión mayor, según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), incluye síntomas como tristeza profunda, pérdida de interés y placer, y aislamiento social, signos evidentes en retrospectiva en la vida de Chester. Este caso nos desafía a reflexionar críticamente sobre cómo a menudo ignoramos o trivializamos señales de alarma en personas cercanas o figuras públicas. Es fundamental cuestionar por qué, pese a sus declaraciones explícitas sobre su condición emocional, no se produjo una derivación adecuada que le proporcionara ayuda efectiva (Oquendo & Mann, 2018).

Caso 2: Robin Williams y la complejidad del diagnóstico

Robin Williams fue un actor y comediante cuyo suicidio en 2014 sorprendió profundamente al mundo. Williams fue diagnosticado inicialmente con depresión y ansiedad, pero tras su muerte se reveló que padecía demencia con cuerpos de Lewy, una enfermedad neurológica poco conocida que combina síntomas cognitivos y emocionales graves (Katzenschlager & Lees, 2021).

La dificultad para diagnosticar correctamente esta condición pone en evidencia la necesidad crítica de derivaciones especializadas y una evaluación interdisciplinaria exhaustiva. La complejidad del diagnóstico de Williams muestra cómo una derivación adecuada a especialistas podría haber brindado tratamiento integral y apropiado, mejorando potencialmente la calidad de vida y reduciendo el sufrimiento emocional extremo (Galvin, 2019).

Estos casos reales y conocidos ofrecen lecciones valiosas sobre la importancia de la detección temprana y la derivación oportuna en problemas de salud mental. La historia de Chester Bennington evidencia claramente que, incluso cuando los signos son aparentes y manifiestos, la ausencia de una intervención apropiada puede tener consecuencias trágicas. Por otro lado, Robin Williams refleja la importancia de una evaluación adecuada y una derivación especializada cuando los cuadros clínicos son complejos y multidimensionales.

Como futuros profesionales de la salud, es fundamental desarrollar habilidades que alerten sobre síntomas tempranos, así como cuestionar críticamente los procedimientos actuales de detección y derivación en nuestras sociedades. Según Oquendo y Mann (2018), la detección y derivación oportunas pueden salvar vidas y prevenir tragedias personales y familiares.

En conclusión, estos casos obligan a cuestionar las prácticas y actitudes hacia la salud mental, subrayando la urgencia de crear sistemas eficaces de apoyo y atención integral desde etapas tempranas de la formación profesional.

1.7 Conclusión y puntos importantes del capítulo

La evaluación psicológica inicial y la derivación temprana constituyen procesos vitales en la prevención e intervención de trastornos psicológicos comunes. Casos ilustrativos como los de María y Andrés, así como ejemplos ampliamente conocidos como los de Chester Bennington y Robin Williams, subrayan dramáticamente cómo la detección oportuna y la derivación adecuada pueden marcar diferencias significativas entre la recuperación y consecuencias fatales.

El cribado, mediante herramientas rápidas como PHQ-9, GAD-7 y SRQ-20, así como entrevistas breves estructuradas y semiestructuradas, para una intervención temprana que previene la cronificación y agravamiento de trastornos. Por ello, es imprescindible una formación integral, crítica y consciente para estudiantes y futuros profesionales, potenciando su capacidad para detectar tempranamente señales de alerta y actuar adecuadamente frente a ellas. A continuación, los puntos importantes:

- Ψ La evaluación psicológica inicial mediante instrumentos breves y entrevistas estructuradas o semiestructuradas facilita la detección temprana y la respuesta rápida en contextos educativos y clínicos.
- Ψ La derivación oportuna y efectiva requiere criterios claros para determinar la gravedad y urgencia, considerando la intensidad, duración y frecuencia de síntomas, así como el impacto en la vida cotidiana.
- Ψ Ejemplos prácticos y casos reales enfatizan la necesidad crítica de una adecuada formación en

detección y derivación para evitar desenlaces trágicos o complicaciones severas en salud mental.

- Ψ Es fundamental implementar un abordaje biopsicosocial e interdisciplinario en la evaluación inicial para garantizar diagnósticos precisos y derivaciones efectivas.
- Ψ La prevención y atención temprana son responsabilidades compartidas, destacando la importancia de sensibilizar y empoderar a estudiantes y profesionales en contextos educativos y clínicos desde inicios tempranos de su formación.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). American Psychiatric Publishing.
- Centro AIMS. (9 de abril de 2024). *PHQ-9 Depression Scale questionnaire*. Universidad de Washington. <https://aims.uw.edu/resource-library/phq-9-depression-scale>.
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H. U. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 1-18. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- Fernández-Ballesteros, R. (2018). *Evaluación psicológica*. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2021). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (4ª ed.). Pirámide.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5–Research Version (SCID-5-RV)*. American Psychiatric Association. <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>
- Galvin, J. E. (2019). Lewy Body Dementia: Diagnosis and Management. *Neurologic Clinics*, 37(2), 225-245. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2019.01.005>
- Jiménez, J., & Ríos, M. (2019). Estrés académico y rendimiento escolar en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología Educativa*, 25(1), 53-60. <https://doi.org/10.5093/psed2019a8>

- Katzenschlager, R., & Lees, A. J. (2021). Dementia with Lewy bodies: Clinical implications and management. *Lancet Neurology*, 20(9), 728-740. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00136-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00136-7)
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Martínez-González, A., Piqueras, J. A., & Ramos, V. (2020). *Manual de psicología clínica infantil y adolescente: Técnicas, evaluación e intervención (2ª ed.)*. Pirámide.
- Moreno, A., & Martínez, A. (2020). Intervención educativa basada en el análisis funcional para mejorar la convivencia escolar. *Revista de Educación Inclusiva*, 13(2), 45-60. <https://doi.org/10.5209/rei.64893>
- Muñoz, C. (2020). *Técnicas de cribado psicológico en atención primaria*. Editorial Médica Panamericana.
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J. A., Medrano, L. A., & Ruiz-Rodríguez, P. (2021). Validez y utilidad clínica de las escalas de cribado en salud mental: una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 17-28. <https://doi.org/10.5944/rppc.27836>
- Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2018). Suicide: A Silent Contributor to Opioid-Overdose Deaths. *The New England Journal of Medicine*, 378(17), 1567-1569. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1801417>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. OMS.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (29 de agosto de 2020). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Quintero, M., Finc, C. (2018). Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(1), 75-92. <https://doi.org/10.5209/PSIC.59174>
- Ramos, S. (2015). Una propuesta de actualización del modelo bio-psicosocial para ser aplicado a la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (127), 511-526. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000300005
- Rodríguez, C., & Agüero, J. (2017). *Psicología de la salud: Intervenciones clínicas*. Editorial Médica Panamericana.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9881538/>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., de Pablo, G. S., ... & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27, 281-295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (1999). Validación y utilidad de una versión de autoinforme de PRIME-MD: el estudio PHQ de

atención primaria. Evaluación de Trastornos Mentales en Atención Primaria. Cuestionario de Salud del Paciente. *JAMA*, 282(18), 1737-44.
<https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

World Rugby. (s.f.). Apéndice 4 - Trastorno de Pánico.
<https://passport.world.rugby/es/bienestar-del-jugador/perspectiva-un-recurso-de-salud-mental-para-medicos-de-equipos/apendices/apendice-4-trastorno-de-panico>

Capítulo 2 Evaluación Psicológica de Segundo nivel: Diagnóstico clínico específico

Introducción

El presente capítulo aborda la Evaluación psicológica de Segundo nivel como una fase avanzada dentro del proceso diagnóstico en salud mental, caracterizada por su rigurosidad metodológica y su orientación hacia la delimitación precisa de cuadros clínicos complejos. A diferencia de las aproximaciones iniciales, este nivel evaluativo requiere una combinación de herramientas especializadas, juicio clínico experimentado y un enfoque interdisciplinario, con el fin de fundamentar decisiones terapéuticas informadas y adaptadas al contexto particular del paciente.

Lejos de asumir una visión mecánica del diagnóstico, se enfatiza aquí la importancia de un análisis crítico que integre múltiples fuentes de información -entrevistas clínicas estructuradas, escalas psicométricas específicas, observación clínica y antecedentes socioculturales- como parte de un proceso comprensivo y éticamente fundamentado. En este sentido, se discuten tanto las fortalezas como las limitaciones de los instrumentos utilizados, subrayando la necesidad de una evaluación contextualizada que trascienda la aplicación técnica de pruebas estandarizadas.

A través del desarrollo teórico y la ejemplificación práctica, el capítulo busca ofrecer al lector un marco conceptual y operativo sólido, orientado a consolidar una práctica evaluativa reflexiva, sensible a la diversidad, y comprometida con la calidad asistencial en entornos clínicos contemporáneos.

2.1 Definición y Objetivos específicos.

La Evaluación psicológica de Segundo nivel emerge como una fase fundamental dentro del proceso general de atención en salud mental, especialmente después de haber realizado una primera aproximación mediante instrumentos de cribado o evaluación inicial. En este periodo, el objetivo fundamental es profundizar y concretar el diagnóstico clínico específico, abordando con mayor precisión la naturaleza y complejidad de los trastornos psicológicos identificados previamente. Para ello, es indispensable emplear técnicas clínicas avanzadas, como entrevistas clínicas profundas, instrumentos diagnósticos específicos, escalas validadas y pruebas psicológicas exhaustivas (Fernández-Ballesteros, 2021).

Mientras que la evaluación inicial proporciona información generalizada y rápida para derivar oportunamente a pacientes en riesgo, la evaluación de segundo nivel requiere profesionales especializados que puedan llevar a cabo procesos más detallados y rigurosos. Según Jiménez y Ríos (2019), el segundo nivel de evaluación es indispensable para confirmar o refutar las hipótesis diagnósticas preliminares obtenidas en la evaluación inicial, favoreciendo así decisiones terapéuticas adecuadas y personalizadas. En este sentido, se trata de un proceso que, aunque más complejo y demandante en términos de tiempo y recursos, esto contribuye a delinear intervenciones más ajustadas y eficaces, en función de las características clínicas observadas

La evaluación de segundo nivel, además, implica un enfoque interdisciplinario donde colaboran psicólogos clínicos, psiquiatras, neuropsicólogos y otros especialistas según sea requerido. La colaboración interdisciplinaria aborda adecuadamente escenarios clínicos complejos, minimizando el riesgo de intervenciones desacertadas, escenarios en donde el diagnóstico diferencial puede implicar diversas variables biopsicosociales (Muñoz, 2020). Para ilustrar, un paciente que inicialmente presenta síntomas depresivos

podría revelar, tras una evaluación más exhaustiva, un cuadro más complejo como un trastorno bipolar o un episodio depresivo en el contexto de un trastorno de personalidad.

Asimismo, la implementación adecuada de esta evaluación implica consideraciones éticas y profesionales significativas. Los profesionales deben asegurar no solo su competencia técnica en el manejo de instrumentos diagnósticos complejos, sino también la capacidad de interpretar críticamente los resultados obtenidos, tomando en cuenta el contexto personal, cultural y social del paciente. Tal como señala Moreno (2011), la sensibilidad cultural y la consideración del contexto personal y social resultan esenciales para que la evaluación sea verdaderamente efectiva y orientada al bienestar integral del examinado

Desde una perspectiva crítica, es importante reconocer también las limitaciones inherentes a la evaluación de segundo nivel. Estas limitaciones incluyen la necesidad de contar con recursos adecuados, profesionales altamente capacitados y la colaboración del paciente en un proceso que puede resultar emocionalmente intenso. Además, la disponibilidad de pruebas diagnósticas estandarizadas y validadas en ciertos contextos geográficos o culturales puede ser limitada, generando desafíos adicionales que requieren ajustes y adaptaciones metodológicas por parte del profesional evaluador (Kroenke et al., 2001).

Por otra parte, la evaluación de segundo nivel no solo busca confirmar diagnósticos específicos, sino también proporcionar una base sólida para la planificación y seguimiento terapéutico. En este sentido, la profundidad diagnóstica identifica con claridad necesidades específicas de intervención, favoreciendo tratamientos focalizados y eficientes que pueden reducir significativamente el tiempo necesario para la recuperación y mejorar notablemente la calidad de vida de los pacientes evaluados (Spitzer et al., 2006).

En conclusión, la Evaluación psicológica de Segundo nivel constituye un componente esencial para asegurar diagnósticos clínicos específicos precisos y tratamientos personalizados en salud mental. Su adecuada implementación requiere habilidades clínicas avanzadas, una visión interdisciplinaria y sensibilidad ética, cultural y social. La reflexión crítica y constante sobre sus métodos, limitaciones y aplicaciones prácticas es indispensable para asegurar que los profesionales continúen brindando una atención integral y efectiva a quienes más lo necesitan.

2.2 Diferencias entre Evaluación inicial y de Segundo nivel

La evaluación psicológica inicial y la evaluación de segundo nivel constituyen fases complementarias, pero significativamente diferentes, dentro del proceso general de atención psicológica. Cada una posee objetivos específicos, métodos propios y niveles de profundidad diagnóstica que requieren ser comprendidos claramente para optimizar el abordaje de trastornos psicológicos.

La evaluación inicial se caracteriza principalmente por ser un procedimiento rápido, generalmente basado en cuestionarios breves y entrevistas estructuradas que tienen como propósito detectar tempranamente individuos que podrían estar en riesgo de desarrollar trastornos psicológicos (Fernández-Ballesteros, 2021). En este sentido, actúa como un filtro inicial, esencial para la detección oportuna y derivación rápida hacia niveles superiores de atención. Sin embargo, esta rapidez tiene un costo asociado, las herramientas utilizadas suelen ser menos precisas y sensibles, incrementando la posibilidad de falsos positivos o negativos (Jiménez & Ríos, 2019).

En contraste, la evaluación de segundo nivel implica un proceso mucho más exhaustivo y especializado. Utiliza técnicas diagnósticas detalladas como entrevistas clínicas profundas, pruebas psicológicas específicas y evaluación

neuropsicológica cuando sea necesario. Este nivel tiene como principal objetivo confirmar diagnósticos específicos, evaluar la severidad real de los trastornos y definir planes terapéuticos detallados y personalizados (Muñoz, 2020). En consecuencia, aunque requiere una inversión mayor en términos de tiempo y recursos, ofrece resultados más precisos y específicos.

Desde una perspectiva crítica, es esencial reconocer la importancia de ambas fases y su interacción. La evaluación inicial debe ser efectiva para captar rápidamente síntomas y derivar oportunamente, mientras que la evaluación de segundo nivel requiere profesionales altamente capacitados y recursos especializados que no siempre están disponibles en todos los contextos, especialmente en aquellos con recursos limitados o poblaciones amplias, como universidades y hospitales públicos (Quintero y Finc, 2018).

Otra diferencia por tomar en cuenta radica en el enfoque interdisciplinario que se otorgue al proceso evaluatorio. La evaluación inicial habitualmente puede ser realizada por personal capacitado no necesariamente especializado, como orientadores educativos o médicos generales, mientras que la evaluación de segundo nivel debe ser ejecutada por profesionales especializados (psicólogos clínicos, psiquiatras, neuropsicólogos), la precisión diagnóstica y la calidad del tratamiento dependen significativamente de este nivel de especialización (Kroenke et al., 2001).

Además, en términos éticos y profesionales, la evaluación de segundo nivel presenta un nivel mayor de responsabilidad profesional, puesto que sus resultados influyen directamente en las decisiones clínicas críticas para la vida del paciente. De ahí la necesidad imperante de garantizar no solo el dominio técnico, sino también la sensibilidad cultural y ética para interpretar correctamente los resultados y brindar atención integral y personalizada (American Psychological Association [APA], 2020).

En conclusión, aunque la evaluación inicial y la evaluación de segundo nivel cumplen funciones distintas dentro del proceso de intervención psicológica, ambas son igualmente necesarias y complementarias. La efectividad global del tratamiento psicológico depende de una adecuada integración y articulación entre estos dos niveles evaluativos, garantizando una respuesta profesional acorde con el contexto clínico y el momento del proceso terapéutico.

2.3 Instrumentos diagnósticos específicos y estandarizados

Los instrumentos diagnósticos específicos y estandarizados representan una piedra angular en la práctica psicológica y educativa contemporánea, al ofrecer parámetros claros y confiables para la identificación y evaluación de diversas condiciones o competencias en individuos (Fernández-Ballesteros, 2014). Sin embargo, su aplicación acrítica o excesivamente mecanizada puede conllevar consecuencias negativas y éticamente cuestionables que ameritan un profundo análisis.

Un aspecto favorable e indiscutible es la validez y fiabilidad que estos instrumentos aportan. Al estar sometidos a procesos rigurosos de validación, se recuperan datos objetivos que facilitan la toma de decisiones informadas, particularmente en contextos clínicos y educativos, contribuyendo así a intervenciones más efectivas y precisas (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). Esto es especialmente relevante en escenarios donde errores diagnósticos pueden causar daños irreparables o generar exclusión injustificada.

No obstante, confiar ciegamente en estos instrumentos puede invisibilizar la subjetividad inherente al individuo y reducir al mínimo el rol interpretativo y crítico del profesional. Como advierte Pérez-Escoda (2017), la estandarización no siempre refleja la riqueza de matices del comportamiento humano ni sus contextos específicos, pudiendo simplificar excesivamente realidades complejas y

únicas. De ahí la importancia de emplear estos instrumentos como guías flexibles, más que como verdades absolutas e incuestionables.

Otra crítica fundamental radica en el riesgo de sesgos culturales y contextuales implícitos en los procesos de elaboración y estandarización. Estos sesgos pueden conducir a diagnósticos erróneos, especialmente en poblaciones culturalmente diversas o en situaciones de vulnerabilidad social (Hambleton y Zenisky, 2011). Esta problemática exige un esfuerzo continuo por adaptar y validar los instrumentos diagnósticos en distintos contextos, evitando así decisiones perjudiciales basadas en evaluaciones injustas o parciales.

Por lo tanto, aunque los instrumentos diagnósticos específicos y estandarizados son herramientas de gran valor en la práctica profesional, requieren ser utilizados con criterio ético y crítico. La utilidad de estas herramientas radica en su capacidad para orientar el juicio clínico, siempre que se empleen con criterio profesional y sensibilidad contextual, reconociendo las limitaciones intrínsecas a cualquier medición estandarizada. Solo así será posible aprovechar plenamente sus beneficios, al mismo tiempo que se mitigan los riesgos derivados de una aplicación mecánica y acrítica.

2.3.1 Entrevistas Clínicas estructuradas (SCID-I, MINI, CIDI)

Las entrevistas clínicas estructuradas representan una herramienta esencial en la evaluación psicológica avanzada, destacando por su rigor metodológico y precisión diagnóstica. Entre las más reconocidas se encuentran la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) y la Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Estas entrevistas se caracterizan por seguir una secuencia predefinida y estructurada, obteniendo diagnósticos clínicos confiables basados en criterios establecidos por manuales diagnósticos como el DSM-5 y la CIE-10 (Fernández-Ballesteros, 2021).

La **SCID-I** es ampliamente utilizada en contextos clínicos debido a su precisión en la identificación de trastornos psiquiátricos específicos, particularmente en estudios clínicos y en la investigación psiquiátrica avanzada. Sin embargo, su uso demanda un alto nivel de formación profesional y mayor inversión de tiempo, lo que limita su aplicación masiva en contextos con escasos recursos (Jiménez y Ríos, 2019).

Instrucciones

Se realizarán una serie de preguntas con la finalidad de que colabore para comprender mejor lo que está sucediendo. Algunas preguntas están repetidas, no se preocupe, intentan evaluar distintas situaciones. Responda, si es posible, a todas las preguntas. RECUERDE: NUNCA = 0, ALGUNAS VECES = 1, SIEMPRE O CASI SIEMPRE = 2.

Tabla 5

Cuadro de presentación de Entrevista Estructurada DSM-IV - SCID (Eje I)

No.	Ítems	0	1	2
-----	-------	---	---	---

1	¿Ha pasado un período de tiempo con estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días?			
2	¿Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días?			
3	¿Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi todos los días? .			
4	¿Insomnio o hipersomnia casi todos los días?			
5	¿Agitación o enlentecimiento psicomotores casi todos los días?			
6	¿Fatiga o pérdida de energía casi todos los días?			
7	¿Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi todos los días?			
8	¿Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días?			
9	¿Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse?			
10	¿Ha tenido algún período en el se encontrará tan animado y exaltado, que los demás pensaban que no estaba usted como siempre, o en el			

	que estaba tan exaltado que se metió en problemas?			
11	¿Ha pasado alguna época en la que estaba tan irritable que gritaba a los demás o provocaba peleas o discusiones? ¿Se ponía a gritar a gente que apenas conocía?			
12	Durante ese período ¿cómo se sentía usted? ¿con autoestima exagerada o grandiosidad?			
13	¿Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)?			
14	¿Más hablador de lo habitual o presión para seguir hablando?			
15	¿Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado?			
16	¿Distraibilidad (por ejemplo, la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)?			
17	¿Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora?			
18	¿Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (por ejemplo, enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)?			
19	¿Durante los últimos dos años se ha sentido depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días?			

20	Durante esos periodos, ¿le ocurre a menudo que tiene: pérdida o aumento de apetito?			
21	¿insomnio o hipersomnia?			
22	¿falta de energía o fatiga?			
23	¿baja autoestima?			
24	¿dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?			
25	¿sentimientos de desesperanza?			
Seguidamente vamos a hacerle unas preguntas sobre algunas experiencias singulares que tienen, en ocasiones, algunas personas.				
26	¿Le ha parecido alguna vez que la gente hablaba de usted o le prestaba una atención especial?			
27	¿Ha recibido mensajes especiales a través de la televisión, la radio o los periódicos, o a través de la forma en que ocurrían las cosas en torno suyo?			
28	¿Ha habido alguien que se haya dedicado a hacerle la vida imposible, o intentando hacerle daño?			
29	¿Ha sentido alguna vez que era especialmente importante, o que tenía poderes para hacer cosas que otras personas no podían hacer?			
30	¿Ha sentido alguna vez que partes de su cuerpo habían cambiado o dejado de funcionar?			
31	¿Tuvo alguna vez la sensación de que había cometido un delito o había hecho algo terrible por lo que debía ser castigado?			
32	¿Ha sentido alguna vez que alguien externo a usted controlaba sus pensamientos o actos contra su voluntad?			

33	¿Ha sentido alguna vez que alguien le estaba poniendo pensamientos que no eran suyos, y le sacaban los pensamientos del cerebro?			
34	¿Ha sentido alguna vez como si sus pensamientos se transmitieran en voz alta y otras personas pudieran oír lo que usted pensaba?			
35	¿Ha oído alguna vez cosas que otras personas no pudieran oír, como ruidos o voces de personas que susurran o hablan?			
36	Si oyó voces ¿Hacían algún comentario sobre lo que usted hacía o pensaba, o le decían lo que tenía usted que hacer?			
37	Si oyó voces ¿Eran dos voces o más las que conversaban entre sí?			
38	¿Ha tenido visiones alguna vez, o ha visto cosas que otras personas no podían ver?			
39	¿Ha tenido sensaciones extrañas en el cuerpo o en la piel?			
40	¿Ha olido cosas que otras personas no podían oler?			
41	¿Ha sentido alguna vez miedo o malestar intensos que le han provocado palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca?			
42	¿Se puso a sudar?			
43	¿Tuvo temblores o sacudidas?			
44	Sensación de ahogo o falta de aliento			
45	Sensación de atragantarse			
46	Opresión o malestar en el pecho			
47	Náuseas o molestias abdominales			
48	Inestabilidad, mareo o desmayo			

49	Tuvo la impresión de que las cosas no eran reales, se sintió lejos de las cosas que le rodeaban o separado de alguna parte de su cuerpo.			
50	Tuvo miedo a perder el control o volverse loco			
51	Tuvo miedo a una muerte inminente			
52	Tuvo sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte de su cuerpo.			
53	Tuvo escalofríos o sofocaciones			
54	¿Ha habido lugares o sitios que usted haya evitado por temor a sufrir una crisis?			
55	¿Tiene mucho miedo a quedarse solo en casa?			
56	¿Tiene miedo a ir de compras solo a unos grandes almacenes?			
57	¿Puede alejarse de casa solo, sin que le acompañe nadie?			
58	¿Tiene mucho miedo a cruzar solo una calle muy ancha o con mucho tráfico?			
59	¿Tiene mucho miedo a estar solo en un sitio muy lleno, como un cine, una iglesia o un restaurante?			
60	¿Tiene mucho miedo a ir solo en el metro, autobús, tren, o a ir conduciendo un coche usted solo?			
61	¿Existe alguna cosa a la que usted haya sentido un miedo especial, como volar, las alturas, sitios cerrados, la visión de la sangre o cierta clase de animales o insectos ?.			
62	Cuando por cualquier situación se ve usted expuesto al estímulo que le provoca el miedo, ¿siente una angustia que no puede controlar?			

63	¿Tomas medidas especiales para evitar enfrentarse al estímulo temido (¿por ejemplo, coger las escaleras si hay ascensor, dar la vuelta a un edificio para no encontrar a un perro, etc?			
64	¿Para usted ese miedo es excesivo y mayor del que debería tener?			
65	¿Tiene miedo intenso y acentuado a ponerse colorado en público, a hablar en público, a comer en público, escribir en público, o a realizar otras conductas normales en público ?.			
66	¿Cree usted que se siente más incómodo que la mayoría de las personas en esas mismas situaciones?			
67	¿Hace todo lo que puede para evitar esas situaciones ?.			
68	¿Estad usted molesto consigo mismo por sentirse así?			
69	¿Alguna vez le han atormentado pensamientos que no tenían ningún sentido y que se repetían una y otra vez, aunque usted intentase rechazarlos ?.			
70	Si tenía estos pensamientos ¿hacía algo para rechazarlos?			
71	¿Hubo alguna vez que tuviera que hacer algo una y otra vez sin poder evitarlo, como lavarse las manos, o comprobar algo repetidas veces para asegurarse de que lo había hecho bien ?.			
72	¿Interfieren estos pensamientos y estas prácticas de forma significativa en su vida diaria, gastando demasiado tiempo en ellos? .			

73	¿Ha experimentado algún acontecimiento caracterizado por muertes o amenaza para su integridad física o de los demás ?.			
74	¿Ante ese acontecimiento ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos?			
75	¿Tiene la sensación de estar reviviendo continuamente ese acontecimiento?			
76	¿Tiene dificultades para conciliar o mantener el sueño?			
77	¿Sueños desagradables o pesadillas del acontecimiento?			
78	¿Sentimientos depresivos?			
79	¿Tendencia a sobresaltarse con ruidos o movimientos imprevistos?			
80	¿Tendencia al aislamiento de los demás?			
81	¿Se irrita o enfada con más facilidad?			
82	¿Frecuentes cambios de humor?			
83	¿Sentimientos de culpa, autoacusaciones, mala conciencia?			
84	¿Malestar al aproximarse al lugar del acontecimiento o ante situaciones que lo recuerdan de algún modo?			
85	¿Tensión en el cuerpo?			
86	¿Tiembla o experimenta sacudidas con frecuencia?			
87	¿Nota a menudo tensión o dolor en los músculos?			
88	¿Se siente con frecuencia físicamente inquieto, incapaz de mantenerse sentado?			
89	¿Se fatiga fácilmente?			
90	¿Siente a menudo que le falta el aliento y le cuesta respirar?			

91	¿Siente que el corazón le golpea en el pecho o que late muy deprisa ?.			
92	¿Suda a menudo copiosamente? ¿Le sudan mucho las manos?			
93	¿Nota la boca reseca frecuentemente?			
94	¿Suele sentir que se marea o que se le va la cabeza?			
95	¿Siente con frecuencia molestias de estómago, o tiene náuseas o diarrea?.			
96	¿Tiene con frecuencia sofocos o escalofríos?			
97	¿Tiene que orinar frecuentemente?			
98	¿Tiene a menudo dificultad para tragar, o siente como un nudo en la garganta?			
99	¿Se siente a menudo atrapado o al borde un peligro?			
100	¿Suele sobresaltarse por ruidos inesperados?			
101	¿Tiene con frecuencia dificultades para concentrarse o se le queda la mente en blanco?			
102	¿Tiene problemas para conciliar el sueño o para mantenerlo?			
103	¿Se siente a menudo irritable?			

Fuente: <https://pdfcoffee.com/cuestionario-scid-i-4-pdf-free.html> José Ignacio Robles Sánchez. Versión libre

Por otro lado, la **MINI** destaca por su brevedad, eficiencia y simplicidad en la administración, haciendo posible su implementación en contextos clínicos con alta demanda de atención, tales como hospitales generales y servicios de atención primaria. Pese a su rapidez y facilidad de uso, algunos críticos argumentan que la MINI puede sacrificar detalles clínicos importantes debido a su brevedad, pudiendo conducir en ocasiones a diagnósticos superficiales o incompletos (Muñoz, 2020).

Tabla 6

Cuadro de presentación de Entrevista MINI

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL (Folstein et al., 1975)		
ORIENTACIÓN DEL TIEMPO	0	1
¿En qué día estamos? (fecha)		
¿En qué mes?		
¿En qué año?		
¿En qué día de la semana?		
¿Qué hora es aproximadamente?		
PUNTUACIÓN (máx. 5)		
ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO	0	1
¿En qué lugar estamos ahora?		
¿En qué piso o departamento estamos ahora?		
¿Qué barrio o parroquia es este?		
¿En qué ciudad estamos?		
¿En qué país estamos?		
PUNTUACIÓN (máx. 5)		
MEMORIA CONSIGNA: "Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita". *Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a la persona, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.		
	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN (máx. 3)		
ATENCIÓN Y CÁLCULO	0	1

CONSIGNA: <i>"Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100".</i>		
93		
86		
79		
72		
65		
PUNTUACIÓN (máx. 5)		
MEMORIA DIFERIDA		
CONSIGNA: <i>"Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio".</i>		
	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN:(máx. 3)		

DENOMINACIÓN	0	1
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?		
Mostrarle un reloj y preguntar ¿qué es esto?		
PUNTUACIÓN (máx. 2)		
REPETICIÓN DE UNA FRASE CONSIGNA: <i>"Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención".</i>		
	0	1
"ni sí, ni no, ni, pero"		
PUNTUACIÓN (máx. 1)		
COMPRENSIÓN - EJECUCIÓN DE ORDEN CONSIGNA: <i>"Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez":</i> <i>"TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO"</i>		
	0	1
Tome este papel con la mano derecha		
Dóblelo por la mitad		
Déjelo en suelo		
PUNTUACIÓN (máx. 3)		
LECTURA CONSIGNA: Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona que lo lea y que haga lo que dice la frase		
	0	1
PUNTUACIÓN (máx. 1)		

ESCRITURA		
CONSIGNA: <i>"Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje"</i>		
	0	1
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
COPIA DE UN DIBUJO. CONSIGNA: <i>"Copie por favor este dibujo tal como está"</i>		
	0	1
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
PUNTUACIÓN TOTAL: (máx. 30 puntos)		

Fuente: Reyes et al. (2004)

Puntuaciones e interpretación

27 - 30	Normal
24 - 26	Sospecha Patológica
12 - 23	Deterioro
9 -11	Demencia

En el caso de que la aplicación del presente test se realice a personas adultas mayores en condición de analfabetismo o bajo nivel de escolaridad, se debe adaptar la puntuación.

Tabla 7

Cuadro de Relación de escolaridad y puntaje para adaptación de puntuación

Escolaridad	Edad (años)		
	Menos de 50	51-75	Más de 75
Menos de 8 años de estudio	0	+1	+2
De 9 a 17 años de estudio	-1	0	+1
Más de 17 años de estudio	-2	-1	0
En estos casos, se toma la puntuación total y sumar o restar los valores indicados en la tabla tomando en cuenta la edad y el nivel de estudios o escolaridad de la persona adulta mayor. Y se procede a comparar este resultado con las puntuaciones de referencia. Como ejemplo: una paciente tiene 76 años de edad, un nivel de 6 años de estudios, con una puntuación final de 20 puntos, tomando en cuenta la tabla, se debe sumar 2 puntos a su puntuación final con un total de 22 puntos.			

Fuente: Reyes et al. (2004)

Tabla 8

Cuadro del Instructivo de Mini-Examen del Estado Mental (MEEM o Mini- Mental)

REACTIVOS	INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO (5 puntos)	Pregunte la fecha del día de hoy. Luego pregunte específicamente por los datos omitidos. Calificación: 1 punto por cada respuesta correcta

ORIENTACIÓN EN EL LUGAR (5 puntos)	Pregunte en qué lugar está ahora Calificación: 1 punto por cada respuesta correcta
MEMORIA (3 puntos)	Diga las tres palabras de manera clara y lenta, una por segundo. Al terminar pida su repetición y otorgue un punto por cada palabra correctamente repetida en el primer intento. Al terminar continúe diciéndolas hasta que el paciente pueda repetirlas (mínimo 3 repeticiones, máximo 6). Si luego de seis repeticiones no logra aprenderlas no aplique el recuerdo.
ATENCIÓN Y CÁLCULO (5 puntos)	Puede apoyarse de la pregunta ¿Cuánto es 100 menos 7? menos 7?, etc. Evite mencionar la cifra de la cual se está restando, es decir "93 menos 7 o 86 menos 7", etc., a menos que sea indispensable para que la prueba continúe. Dé un punto por cada resta correcta.
MEMORIA DIFERIDA (3 puntos)	Otorgue un punto por cada palabra correctamente evocada.
DENOMINACIÓN (1 punto)	Evite que el usuario tome los objetos a menos que exista

	debilidad visual importante, trate de que la información llegue sólo por la vía visual. Se otorga un punto por cada objeto denominado correctamente.
REPETICIÓN DE UNA FRASE (1 punto)	Diga la oración una sola vez de forma clara y lenta, pero sin fragmentar la oración. Califique con base en este único ensayo. Dé un punto si la repetición es correcta.
COMPRENSIÓN - EJECUCIÓN DE ORDEN (3 puntos)	Mientras da la consigna mantenga el papel a la vista del paciente, no permita que lo tome antes de que usted termine de dar las órdenes. Realice un solo ensayo y otorgue un punto por cada acción correctamente realizada.
LECTURA (1 punto)	Otorgue un punto sólo si la persona adulta mayor ejecuta la acción. Si únicamente lee la frase puntúe 0.
ESCRITURA (1 punto)	Utilice una hoja blanca. La frase debe ser escrita espontáneamente, no dicte ninguna oración. Debe contener sujeto, verbo y predicado. No califique ortografía.
COPIA DE UN DIBUJO (1 punto)	Deben estar presentes 10 ángulos y dos

	intersecciones. Ignore temblor o rotación.
--	--

Nota. Adaptado de *Mini Examen del Estado Mental*, por Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2019 (<https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3c-MINI-EXAMEN-DEL-ESTADO-MENTAL-REYES.pdf>).

Finalmente, la **CIDI** resalta por su aplicación internacional y su adaptación transcultural, siendo frecuentemente empleada en estudios epidemiológicos internacionales. La ventaja principal del CIDI radica en su capacidad para obtener datos diagnósticos estandarizados en poblaciones diversas culturalmente. Sin embargo, esta estandarización también ha sido objeto de crítica, dado que podría no capturar adecuadamente matices culturales específicos o manifestaciones particulares de trastornos psicológicos en ciertos grupos sociales (Quintero y Finc, 2018).

Desde una perspectiva crítica e introspectiva, es esencial considerar que, aunque estas entrevistas estructuradas proporcionan diagnósticos fiables, su aplicación requiere profesionales altamente capacitados y conscientes de las limitaciones inherentes a cada instrumento. La interpretación de resultados no debe ser aislada, sino integrada dentro de un contexto clínico y sociocultural más amplio, garantizando una comprensión integral y personalizada del paciente evaluado (Kroenke et al., 2001).

En conclusión, las entrevistas clínicas estructuradas son fundamentales para lograr diagnósticos precisos y confiables en psicología clínica. Sin embargo, su aplicación demanda juicio clínico refinado y capacidad de adaptación metodológica frente a las particularidades del caso, resaltando la importancia de una formación profesional continua y ética en su aplicación.

2.3.2 Escalas Psicométricas específicas según Trastorno (Ansiedad, Depresión, TEPT)

Las escalas psicométricas específicas constituyen herramientas destacadas dentro del proceso de evaluación psicológica avanzada, particularmente cuando se trata de obtener información detallada sobre trastornos específicos como la ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático (TEPT). Estas escalas son instrumentos diseñados para medir con precisión y rigor la intensidad, frecuencia y características particulares de los síntomas relacionados con trastornos psicológicos definidos, facilitando así diagnósticos certeros y tratamientos personalizados (Fernández-Ballesteros, 2021). Identifican y cuantifican síntomas específicos de manera estructurada y precisa (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). Estas escalas brindan claridad diagnóstica y pueden facilitar la intervención temprana, beneficiando tanto a pacientes como a profesionales de la salud mental.

Sin embargo, pese a estos beneficios, la aplicación mecánica y acrítica de estas escalas psicométricas puede conducir a una simplificación excesiva del complejo fenómeno psicológico que se pretende evaluar. Como señala Beck y Steer (1990), una puntuación obtenida en una escala específica debe interpretarse siempre en el contexto integral de la evaluación clínica, reconociendo que ningún instrumento por sí solo puede captar completamente la riqueza y la profundidad de la experiencia subjetiva del paciente.

Adicionalmente, se debe considerar que las escalas psicométricas, aunque estandarizadas, no están exentas de sesgos culturales y contextuales. Diversos estudios han evidenciado que las respuestas en instrumentos específicos como el Inventario de Depresión de Beck o la Escala de Ansiedad Social pueden verse influenciadas por factores socioculturales que limitan su aplicabilidad universal (Hambleton y Zenisky, 2011). Por ende, los profesionales

deben ejercer una lectura crítica, evitando diagnósticos apresurados que ignoren elementos contextuales o culturales fundamentales en la experiencia emocional de los pacientes. Se presenta la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Escala CES-D) de Radloff (1977).

Tabla 9

Cuadro de presentación de Escala de Depresión CES-D

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y, a continuación, marque con un círculo uno de los números de la derecha para indicar cómo se sintió o cómo se comportó durante la semana pasada , incluido el día de hoy.				
Durante la semana pasada	Rara vez o ninguna vez (menos de 1 día)	Una parte o un poco de tiempo (1-2 días)	Ocasionalmente o una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)	La mayor parte del tiempo o todo el tiempo (5-7 días)
1) Me molestaron cosas que normalmente no me molestan	0	1	2	3
2) No tenía ganas de comer; tenía poco apetito	0	1	2	3
3) Sentía que no podía librarme de la tristeza ni siquiera con la ayuda de	0	1	2	3

mi familia y amigos				
4) Sentía que era tan bueno como los demás	0	1	2	3
5) Me costaba en lo que estaba haciendo	0	1	2	3
6) Me sentía deprimido	0	1	2	3
7) Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	0	1	2	3
8) Tenía esperanzas en el futuro	0	1	2	3
9) Pensaba que mi vida había sido un fracaso	0	1	2	3
10) Sentí miedo	0	1	2	3
11) Mi sueño era agitado	0	1	2	3
12) Me alegré	0	1	2	3
13) Hablé menos de lo habitual	0	1	2	3
14) Me sentía solo	0	1	2	3

15) La gente era antipática	0	1	2	3
16) Disfruté de la vida	0	1	2	3
17) Tuve ataques de llanto	0	1	2	3
18) Me sentía triste	0	1	2	3
19) Sentía que le caía mal a la gente	0	1	2	3
20) No conseguía "ponerme en marcha"	0	1	2	3

Fuente: Radloff, L.S. (1977).
https://nida.nih.gov/sites/default/files/Mental_HealthV.pdf

Al puntuar el CES-D, se asigna un valor de 0, 1, 2 o 3 a una respuesta dependiendo de la forma de redacción de ítem, positivo o negativo.

Para los ítems 1-3, 5-7, 9-11, 13-15, 17-20 la puntuación es

- Rara vez o ninguna vez (menos de un día) = 0
- Algunas veces o pocas veces (1-2 días) = 1
- Ocasionalmente o una cantidad moderada de tiempo (3 o 4 días) = 2
- La mayor parte del tiempo o todo el tiempo (5o 7 días) = 3
- Los ítems 4, 8, 12 y 16 se puntúan a la inversa, de la siguiente manera:
- La mayor parte del tiempo o todo el tiempo (5o 7 días) = 0
- Ocasionalmente o una cantidad moderada de tiempo (3 o 4 días) = 1
- Algunas veces o pocas veces (1-2 días) = 2

- Rara vez o ninguna vez (menos de un día) = 3

El rango posible de puntuaciones es de 0 a 60 y las puntuaciones más altas indican la presencia de más sintomatología (Radloff, 1977).

Además, el empleo exclusivo de estas escalas puede generar una visión reduccionista del trastorno psicológico, en la que se privilegian síntomas específicos cuantificables sobre la comprensión profunda del individuo en su contexto vital. Esto podría derivar en tratamientos menos personalizados y potencialmente menos efectivos (Fernández-Ballesteros, 2014).

En el ámbito específico de la ansiedad, escalas como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) o la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz evalúan no solo la presencia de síntomas, sino también el grado de afectación funcional del individuo. A pesar de su utilidad diagnóstica, algunos críticos argumentan que estas escalas pueden presentar limitaciones al no capturar siempre la complejidad y particularidad de cada caso, siendo necesario complementarlas con entrevistas clínicas profundas para obtener una imagen más completa del paciente (Beck y Steer, 1993).

En relación con la depresión, escalas ampliamente utilizadas como el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) o la Escala de Depresión de Hamilton ofrecen una medición detallada de los síntomas depresivos. Sin embargo, es importante considerar que, aunque proporcionan valiosa información cuantitativa, podrían no reflejar adecuadamente ciertos matices cualitativos como contextos culturales específicos o particularidades en manifestaciones clínicas individuales (Hamilton, 1960; Beck et al., 1996).

Por otro lado, en casos de TEPT, instrumentos como la Escala de Trauma de Davidson o el PTSD Checklist (PCL-5) evalúan con precisión la gravedad del trauma y sus efectos emocionales y conductuales posteriores. La capacidad de

estas escalas para detectar síntomas específicos asociados con experiencias traumáticas facilita el diagnóstico oportuno y la intervención temprana. No obstante, desde una perspectiva crítica, algunos investigadores señalan que estas escalas deben utilizarse cautelosamente, dado que pueden presentar dificultades en su aplicación transcultural, afectando la validez diagnóstica en ciertos contextos o poblaciones (Weathers et al., 2013).

Desde una perspectiva reflexiva, es fundamental comprender que, aunque las escalas psicométricas específicas son herramientas altamente valiosas, no deben aplicarse de manera aislada. Es imprescindible integrarlas dentro de un proceso diagnóstico integral, complementadas siempre con entrevistas clínicas, observaciones directas y consideraciones contextuales para evitar diagnósticos superficiales o incompletos. En este sentido, es necesaria la formación continua y crítica de los profesionales que las utilizan, asegurando un uso ético, responsable y sensible culturalmente (Muñoz, 2020).

Por consiguiente, aunque las escalas psicométricas específicas por trastorno son esenciales en la evaluación detallada y precisa de trastornos psicológicos concretos y facilitan considerablemente el trabajo diagnóstico, requieren ser incorporadas como parte de un abordaje comprensivo que considere también la dimensión subjetiva y sociocultural del evaluado para maximizar su eficacia diagnóstica y terapéutica, especialmente desde una perspectiva crítica, reflexiva y ética. Los profesionales deben mantener una postura abierta y flexible, integrando los datos cuantitativos obtenidos con observaciones cualitativas, relatos subjetivos y consideraciones culturales que reflejan abordajes verdaderamente integrales y humanos.

2.4 La Integración clínica del diagnóstico

La integración clínica del diagnóstico constituye un proceso fundamental y complejo en la práctica psicológica, en el que

se conjugan múltiples fuentes de información, incluyendo observaciones clínicas, entrevistas estructuradas y resultados de instrumentos psicométricos, con el propósito de alcanzar una comprensión integral del paciente (Fernández-Ballesteros, 2014). Este enfoque integrador es esencial, dado que trasciende la mera categorización diagnóstica hacia una perspectiva más holística y humana del individuo.

No obstante, la integración clínica plantea desafíos significativos que deben abordarse con reflexión crítica. Uno de estos desafíos radica en equilibrar adecuadamente los datos objetivos provenientes de instrumentos psicométricos con la información cualitativa obtenida a través de entrevistas y observaciones clínicas. Como advierten Muñiz y Fonseca-Pedrero (2019), una dependencia excesiva en resultados cuantitativos podría minimizar el valor de la subjetividad del paciente, limitando así la profundidad y precisión del diagnóstico.

Otro aspecto crítico en la integración clínica del diagnóstico es el riesgo de sesgos inherentes a la interpretación clínica. Los profesionales deben estar constantemente atentos a sus propias creencias, prejuicios y expectativas, que pueden influir inadvertidamente en la valoración del paciente y en la integración diagnóstica final (Garb, 2013). Por ello, la formación continua en habilidades clínicas y la autoevaluación periódica resultan esenciales para mantener la objetividad y rigurosidad necesarias.

Además, la integración clínica debe considerar las particularidades culturales y contextuales del paciente, reconociendo que las manifestaciones clínicas pueden variar significativamente en diferentes grupos culturales o sociales (Hambleton y Zenisky, 2011). Ignorar estos aspectos puede llevar a diagnósticos inapropiados o incompletos, que a su vez afectan la eficacia y relevancia de las intervenciones terapéuticas.

En consecuencia, la integración clínica del diagnóstico requiere de un ejercicio constante de reflexión crítica, empatía y sensibilidad cultural. Los profesionales deben ser capaces de conjugar datos objetivos con una comprensión profunda del contexto personal, social y cultural del paciente. Solo así será posible lograr una práctica diagnóstica responsable, precisa y verdaderamente orientada al bienestar integral del paciente.

2.4.1 Interpretación crítica de resultados diagnósticos

La interpretación crítica de los resultados diagnósticos es un componente esencial en la práctica clínica que exige del profesional no solo competencia técnica, sino también sensibilidad ética y un pensamiento profundo sobre la naturaleza y alcance de los hallazgos obtenidos (Fernández-Ballesteros, 2014). Este proceso implica reconocer que los resultados de cualquier evaluación psicológica no son verdades absolutas, sino indicativos que requieren una valoración cuidadosa dentro del contexto personal, social y cultural del individuo evaluado.

Uno de los mayores riesgos asociados a la interpretación diagnóstica es la posible sobrevaloración de resultados numéricos o cuantitativos, los cuales podrían generar conclusiones simplistas o sesgadas. Como señalan Muñiz y Fonseca-Pedrero (2019), ningún instrumento psicométrico está libre de limitaciones, lo que exige al profesional mantener siempre una actitud crítica respecto al significado y relevancia clínica de los puntajes obtenidos. Es fundamental complementar estos resultados con información cualitativa para una interpretación más profunda y matizada.

Adicionalmente, la interpretación diagnóstica debe tener en cuenta la influencia potencial de sesgos personales o teóricos del profesional, que pueden distorsionar la comprensión integral del paciente. Garb (2013) destaca cómo estos sesgos pueden afectar la precisión diagnóstica,

enfaticando la necesidad de una formación continua y una deliberación crítica constante para minimizarlos. Este autocontrol profesional es indispensable para asegurar una interpretación más equilibrada y ética de los resultados obtenidos.

Otra cuestión relevante es la consideración de factores culturales en la interpretación diagnóstica. Las pruebas estandarizadas frecuentemente no capturan la totalidad de las experiencias culturales y sociales únicas de cada individuo, lo cual puede derivar en interpretaciones erróneas o incompletas (Hambleton y Zenisky, 2011). Por tanto, la sensibilidad cultural es esencial para evitar generalizaciones inapropiadas y asegurar la pertinencia clínica y social de los diagnósticos realizados.

En definitiva, la interpretación crítica de los resultados diagnósticos exige un compromiso ético y profesional que trascienda la simple administración de instrumentos. Los profesionales deben asumir una posición reflexiva, integradora y consciente de las múltiples dimensiones implicadas en el proceso diagnóstico, garantizando así que los resultados contribuyan verdaderamente al bienestar integral del paciente.

2.4.2 El Diagnóstico basado únicamente en instrumentos Psicométricos

El diagnóstico basado únicamente en instrumentos psicométricos presenta limitaciones significativas que deben ser reconocidas y abordadas de manera crítica en la práctica clínica. Aunque estas herramientas proporcionan información cuantificable y valiosa sobre el funcionamiento psicológico del individuo, reducir el diagnóstico exclusivamente a la aplicación de pruebas estandarizadas puede resultar incompleto e incluso perjudicial (Paz y Peña, 2021).

Una de las principales limitaciones es la incapacidad de los instrumentos psicométricos para captar la complejidad y riqueza de la experiencia humana en su totalidad. Los resultados numéricos obtenidos no siempre reflejan las particularidades subjetivas y contextuales que condicionan las manifestaciones psicológicas, ignorando así aspectos fundamentales del entorno personal, social y cultural del paciente (Jaramillo et al., 2018). Esta reducción puede llevar a diagnósticos superficiales o estigmatizantes que no contribuyen verdaderamente al bienestar del paciente.

Además, existe el riesgo de sesgos inherentes a los propios instrumentos, tales como la influencia cultural o el desconocimiento de realidades sociales específicas. Como advierte Van de Vijver y Tanzer (2004), estas pruebas suelen ser diseñadas y validadas en contextos culturales específicos, por lo que su aplicación acrítica en poblaciones culturalmente diversas puede resultar en interpretaciones erróneas y diagnósticos poco precisos o incluso injustos.

Otra limitación crítica radica en la interpretación mecanizada y acrítica que puede prevalecer cuando se confía excesivamente en estos instrumentos. Paz y Peña (2021) enfatizan que el diagnóstico clínico efectivo siempre requiere integrar múltiples fuentes de información, incluyendo observaciones clínicas y entrevistas en profundidad, que aporten matices cualitativos esenciales para una comprensión más completa y empática del individuo.

Por tanto, es imprescindible adoptar una postura crítica y reflexiva frente al uso exclusivo de instrumentos diagnósticos. Los profesionales deben complementar estos resultados con una evaluación integral, ética y sensible, que considere siempre las particularidades individuales y culturales, evitando diagnósticos simplistas y contribuyendo a tratamientos verdaderamente personalizados y efectivos.

2.5 Casos Prácticos comentados

Los casos prácticos comentados constituyen una herramienta pedagógica y profesional esencial en el ámbito de la psicología clínica, analizando situaciones reales o simuladas desde una perspectiva crítica, reflexiva y profundamente contextualizada (Jaramillo et al., 2018). Estos casos facilitan no solo la adquisición de competencias prácticas en la evaluación y diagnóstico, sino que también estimulan la capacidad de análisis crítico y ético en los futuros profesionales.

Una de las fortalezas fundamentales de utilizar casos prácticos comentados radica en su potencial para vincular la teoría con la práctica, ofreciendo a los estudiantes y profesionales casos concretos que ilustran claramente cómo aplicar los conocimientos psicológicos en contextos específicos. Esto posibilita un aprendizaje significativo, que va más allá de la mera memorización de criterios diagnósticos o técnicas terapéuticas (Fernández-Ballesteros, 2014).

Es esencial reconocer que cada caso es único y complejo, y que la interpretación de un caso práctico nunca debería generalizarse acríticamente a otras situaciones similares. Como enfatizan Morley et al. (2016), los casos prácticos fomentan así la flexibilidad y adaptabilidad necesarias en la práctica clínica real. Por tanto, se requiere fomentar un abordaje crítico en la discusión y análisis, incentivando diversas perspectivas y promoviendo la reflexión ética y cultural.

La discusión crítica y reflexiva de casos prácticos ofrece una oportunidad invaluable para desarrollar habilidades profesionales esenciales como la empatía, la sensibilidad cultural y la capacidad de autocrítica profesional. Estas competencias son importantes para garantizar que las futuras intervenciones sean efectivas, responsables y éticamente fundamentadas (Van de Vijver y Tanzer, 2004).

Los casos prácticos comentados son recursos de aprendizaje fundamentales en psicología, siempre que se aborden desde una perspectiva crítica, reflexiva y éticamente consciente. Solo así será posible formar profesionales competentes, capaces de afrontar la complejidad de la realidad clínica con sensibilidad, flexibilidad y rigor.

2.5.1 Ejemplos detallados de Aplicación de pruebas diagnósticas específicas.

La aplicación detallada de pruebas diagnósticas específicas es un componente fundamental dentro de la evaluación psicológica avanzada, proporcionando información precisa que clarifica diagnósticos y orienta intervenciones terapéuticas eficaces. La precisión diagnóstica derivada de estas pruebas asegura que los profesionales puedan ofrecer tratamientos personalizados y efectivos, mejorando significativamente el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes (Fernández-Ballesteros, 2021).

A saber, la aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Supongamos el caso de una estudiante universitaria que inicialmente presenta síntomas inespecíficos como fatiga, insomnio y dificultades en la concentración. Al aplicar el BDI-II, la puntuación obtenida determina claramente una depresión moderada a grave, destacando síntomas específicos como sentimientos persistentes de culpa, desesperanza y pérdida significativa del interés por actividades que antes disfrutaba. Aunque este instrumento es muy confiable y utilizado internacionalmente, debe considerarse que sus resultados requieren siempre contextualización clínica, pues la puntuación puede verse influenciada por factores situacionales transitorios, como el estrés académico o circunstancias familiares temporales (Beck et al., 1996).

Otro caso significativo es el uso de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz para evaluar estudiantes que presentan dificultades evidentes en la interacción social. En particular,

un estudiante universitario que muestra un aislamiento social notable y evitación persistente en situaciones académicas podría obtener una puntuación elevada en esta escala, indicando ansiedad social significativa. Sin embargo, desde una postura crítica, algunos investigadores argumentan que esta escala, aunque muy útil, debe ser complementada con entrevistas clínicas detalladas para evitar errores diagnósticos o simplificaciones excesivas (Heimberg et al., 1999).

En el ámbito del trastorno por estrés postraumático (TEPT), la aplicación detallada del PTSD Checklist (PCL-5) puede ser ilustrativa. Tomemos el caso hipotético de una persona que ha sufrido un accidente automovilístico severo y que reporta posteriormente pesadillas recurrentes, evitación constante de situaciones relacionadas con la conducción y estado permanente de alerta. La aplicación del PCL-5 identificaría con precisión la gravedad y frecuencia de estos síntomas traumáticos, facilitando la derivación inmediata hacia tratamientos específicos como la terapia cognitivo-conductual centrada en trauma. A pesar de su utilidad clínica, es esencial considerar la crítica realizada por algunos autores sobre la necesidad de complementar los resultados cuantitativos con entrevistas clínicas detalladas para captar matices contextuales y culturales específicos del paciente (Weathers et al., 2013).

Desde una perspectiva crítica y reflexiva, es fundamental reconocer que, aunque las pruebas diagnósticas específicas ofrecen información valiosa y precisa, no pueden ni deben ser aplicadas de forma aislada. La integración de resultados con observaciones clínicas directas y consideraciones contextuales y culturales resulta esencial para evitar diagnósticos superficiales o parciales, asegurando así intervenciones realmente adaptadas a las necesidades individuales del paciente (Muñoz, 2020).

La aplicación detallada y crítica de pruebas diagnósticas específicas constituye una práctica indispensable para el

diagnóstico certero y el tratamiento personalizado en psicología clínica, pero debe realizarse siempre desde un enfoque integral y reflexivo.

2.6 Conclusiones y Recomendaciones prácticas

En este capítulo se enfatiza la importancia de un proceso de evaluación estructurado y riguroso para alcanzar diagnósticos precisos en el ámbito clínico. Se subraya el carácter aplicado de la evaluación psicológica, entendida como una práctica profesional enfocada en el abordaje de desafíos psicológicos en diversos niveles (Jorge, 2018).

Asimismo, se subraya la necesidad de que el profesional posea la cualificación adecuada y respete la dignidad, libertad, autonomía e intimidad del cliente durante todo el proceso evaluativo (Pérez et al., 2003).

En cuanto a las recomendaciones prácticas, se enfatiza la importancia de establecer constructos psicológicos idóneos para formular hipótesis de evaluación y asegurar que estas hipótesis abarquen todas las características del problema presentado.

Además, se recomienda que la evaluación psicológica implique una relación continua en los momentos de tratamiento, post-tratamiento y pretratamiento, con estimaciones y juicios de valor, considerando siempre las cuestiones éticas involucradas.

Estas conclusiones y recomendaciones resaltan la necesidad de un enfoque meticuloso y ético en la Evaluación psicológica de Segundo nivel para garantizar diagnósticos clínicos específicos y efectivos.

Referencias

- American Psychological Association (APA). (2020). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual del Inventario de Depresión de Beck (BDI)*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Beusenbergh, M, Orley, John H & World Health Organization. Division of Mental Health. (1994). *A User's guide to the self reporting questionnaire (SRQ / compiled by M. Beusenbergh and J. Orley*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/61113>
- Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Ediciones Pirámide
- Fernández-Ballesteros, R. (2021). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos (4ª ed.)*. Pirámide.
- Garb, H. N. (2013). Cognitive and judgment biases in clinical decision-making. En J. S. Mio, A. N. Haddock & P. L. Hammer (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 123-136). Academic Press.
- Hambleton, R. K., & Zenisky, A. L. (2011). Translating and adapting tests for cross-cultural assessments. En D. Matsumoto & F. J. R. van de Vijver (Eds.), *Cross-cultural*

research methods in psychology (pp. 46-74).
Cambridge University Press.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23(1), 56-62.
<https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>

Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29(1), 199-212.
<https://doi.org/10.1017/s0033291798007879>

Jaramillo, J., Ulloa, W., Villacis, M., & Tenorio, K. (2018). *Psicología Clínica*. Universidad de Cuenca

Jiménez, J., & Ríos, M. (2019). Estrés académico y rendimiento escolar en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología Educativa*, 25(1), 53-60.
<https://doi.org/10.5093/psed2019a8>

Jorge, E. (2018). La evaluación clínica como una función integral del psicólogo. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 15(1), 113-122,
https://www.redalyc.org/journal/4835/483555971010/html/?utm_source=chatgpt.com

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

MedlinePlus. (10 de abril de 2024). Prueba del Trastorno de Pánico. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-del-trastorno-de-panico/>

Ministerio de Inclusión Económica. (2019). Mini Examen Del Estado Mental. <https://www.inclusion.gob.ec/wp->

content/uploads/2019/01/3c-MINI-EXAMEN-DEL-ESTADO-MENTAL-REYES.pdf

- Moreno, T. (2011). La cultura de la evaluación y la mejora de la escuela. *Perfiles Educativos*, 33(131), 116-130. <https://www.redalyc.org/pdf/132/13218531008.pdf>
- Muñiz, J., y Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7-16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Muñoz, C. (2020). *Técnicas de cribado psicológico en atención primaria*. Editorial Médica Panamericana.
- Paz, S., y Peña, B. (2021). *Fundamentos de la evaluación psicológica*. Universidad Politécnica Salesiana. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/20863>
- Pérez, E.; Muñoz, M.; y Ausín, B. (2003). Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos (de acuerdo a las principales leyes, estándares, normas y guías actuales). *Papeles del Psicólogo*, 24(86). 48-60. https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1113&utm_source=chatgpt.com
- Pérez-Escoda, N. (2017). Reflexiones críticas sobre la evaluación educativa. *Revista Española de Pedagogía*, 75(266), 291-308. <https://doi.org/10.22550/REP75-2-2017-06>
- Quintero, M., Finc, C. (2018). Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(1), 75-92. <https://doi.org/10.5209/PSIC.59174>
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general

population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
https://nida.nih.gov/sites/default/files/Mental_Health_V.pdf

Reyes, S., Beaman, P, García-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychology And Cognition*, 11(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1076/anec.11.1.1.29366>

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

USAID. (29 de abril de 2025). Self -Report Questionnaire (SRQ-20).
<https://www.advancingnutrition.org/resources/caregiver-toolkit/mental-health/self-report-questionnaire-srq-20>

Van de Vijver, F. & Tanzer, N. K. (2004). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: An overview. *European Review of Applied Psychology*, 54(2), 119-135.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2003.12.004>

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD.
<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

Capítulo 3 Análisis Funcional y Formulación del caso clínico

Introducción

En la práctica clínica contemporánea, la comprensión del malestar psicológico no puede limitarse a la asignación de etiquetas diagnósticas. Si bien los sistemas clasificatorios cumplen funciones comunicativas y normativas, resultan insuficientes para captar la complejidad singular de cada caso. En este contexto, el análisis funcional y la formulación del caso emergen como herramientas centrales para articular teoría y experiencia clínica desde una perspectiva biopsicosocial dinámica.

Más que estructuras conceptuales rígidas, estas herramientas identifican la función que cumple una conducta en el contexto vital del consultante, explorando sus condiciones de origen, mantenimiento y posibilidad de cambio. Su valor reside en ofrecer una lectura situada y transformadora del sufrimiento, no solo como síntoma, sino como expresión adaptativa de una historia personal y relacional.

Desde este enfoque, el quehacer clínico se orienta a la construcción de sentido compartido. El análisis funcional no se limita a descripciones conductuales, sino que favorece un entendimiento profundo del malestar como fenómeno contextualizado, integrando variables emocionales, cognitivas, interpersonales y culturales. Así, el trabajo clínico se desplaza desde el diagnóstico como fin hacia la formulación como medio para el cambio con sentido.

El psicoterapeuta, entonces, no actúa únicamente como técnico que aplica protocolos, sino como profesional que, con rigurosidad y sensibilidad, acompaña procesos subjetivos complejos. El análisis funcional y la formulación del caso no solo vinculan teoría y práctica, abriendo un

espacio de pensamiento clínico ético, reflexivo y situado, en el que el objetivo último es comprender para transformar.

Imaginemos a *Lucas*, un joven universitario de 21 años que consulta por ansiedad generalizada y episodios de pánico. En su análisis funcional, se observa que los episodios de ansiedad suelen desencadenarse ante la posibilidad de evaluaciones académicas. Estos eventos tienen como antecedentes pensamientos automáticos del tipo “voy a fallar”, “no soy suficiente” y están seguidos por conductas de evitación como dejar de asistir a clases o postergar tareas. Estas conductas, si bien alivian momentáneamente su ansiedad, mantienen el problema a largo plazo y alimentan el círculo de desconfianza en sí mismo.

A partir de este análisis funcional, se construye una formulación de caso desde el modelo cognitivo-conductual, que considera: antecedentes familiares exigentes, un estilo de pensamiento catastrófico, escasas habilidades de afrontamiento y un ambiente universitario altamente competitivo. La hipótesis clínica es que su ansiedad está sostenida por un esquema de autosuficiencia incondicional y temor al fracaso, lo cual guía el plan terapéutico hacia el desarrollo de habilidades de regulación emocional, reestructuración cognitiva y fortalecimiento del autoconcepto académico.

Invitamos a los estudiantes de psicología clínica a sumergirse en este capítulo no como un ejercicio teórico, sino como una oportunidad para conectar con el arte de comprender la complejidad humana. El análisis funcional y la formulación del caso no son únicamente procedimientos técnicos, sino actos de empatía clínica, de escucha profunda y de razonamiento ético respondiendo con mayor claridad a la pregunta fundamental de toda intervención: ¿por qué esta persona sufre de esta manera, en este momento, y cómo podemos ayudarla a cambiar?

3.1. Marco epistemológico del Análisis Funcional

El análisis funcional tiene sus raíces en la tradición de la conducta radical, orientada al estudio empírico del comportamiento en contextos específicos (Haynes & O'Brien, 2000). Su objetivo fundamental es identificar las relaciones funcionales entre las conductas problemáticas y las variables ambientales o históricas que las originan y mantienen, bajo una lógica contextual y no meramente descriptiva. Este enfoque parte del supuesto de que toda conducta cumple una función, incluso aquellas que en apariencia resultan disfuncionales o desadaptativas.

A lo largo del tiempo, el análisis funcional ha evolucionado hacia marcos epistemológicos más amplios y complejos. Una de sus principales transformaciones ha sido su incorporación a enfoques contextualistas modernos, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2012a), que integran variables cognitivas, emocionales y sociales sin abandonar la coherencia funcionalista. Este movimiento ha dado paso a una formulación más dinámica del malestar psicológico, con el análisis funcional se constituye en eje organizador de la comprensión clínica.

La transición hacia estos modelos contemporáneos ha sido fortalecida por desarrollos recientes en el campo de la psicoterapia basada en procesos. En particular, se destaca el trabajo de Hofmann y Hayes (2019), quienes proponen un marco de intervención científica centrado en procesos psicológicos transdiagnósticos, más allá de los protocolos estandarizados. Esta perspectiva contribuye a expandir el valor clínico del análisis funcional al situarlo como herramienta central en un modelo de intervención flexible, sensible al contexto y adaptado a las necesidades individuales del paciente (González, 2018, Kiekens et al., 2023).

El valor del análisis funcional no reside únicamente en su capacidad para explicar la conducta, sino en su utilidad

como fundamento de una formulación clínica rigurosa. Esta formulación ayuda al terapeuta integrar información relevante –biológica, psicológica, social y cultural– para construir una narrativa comprensiva, situada y éticamente informada. Así, el análisis funcional opera no como una matriz técnica de estímulo-respuesta, sino como un dispositivo clínico que articula teoría, experiencia y transformación desde una perspectiva biopsicosocial.

3.1.1 Definición e importancia del Análisis Funcional.

El análisis funcional constituye una herramienta central en el abordaje conductual de la psicología clínica y educativa, al ofrecer un marco sistemático para comprender las relaciones entre una conducta específica y las condiciones que la desencadenan, mantienen o modifican (Miltenberger, 2016). Su utilidad radica en que identifica patrones funcionales en el comportamiento, articulando factores ambientales con respuestas conductuales observables. Tal como se muestra, un estudiante que evita presentarse a un examen debido a ansiedad puede estar respondiendo a antecedentes como presión familiar o miedo al fracaso, el terapeuta visualiza su intervención sobre las condiciones reales que sostienen dicha conducta.

Más allá de su aplicabilidad técnica, el valor del análisis funcional reside en su capacidad para generar hipótesis explicativas que guíen la intervención de manera precisa y contextualizada. Consideremos el caso de la procrastinación académica reforzada por el uso compulsivo de redes sociales, este patrón conductual puede entenderse como una forma de evitar tareas generadoras de malestar, mientras se obtiene gratificación inmediata. Desde esta comprensión funcional, una intervención eficaz podría incorporar estrategias que modifiquen las contingencias ambientales (como el control de estímulos o el refuerzo diferencial), promoviendo así un cambio conductual sostenible.

No obstante, una lectura crítica del análisis funcional exige reconocer sus limitaciones. Las conductas humanas complejas rara vez responden exclusivamente a estímulos externos; emociones, creencias y percepciones internas interactúan de forma constante con el entorno, desafiando los esquemas funcionalistas clásicos (Hayes & Hofmann, 2018). En este sentido, es fundamental complementar el análisis funcional con marcos que integren dimensiones cognitivas y experienciales, como ocurre en modelos de terapia basada en procesos.

A pesar de sus restricciones teóricas, la eficacia práctica del análisis funcional ha sido ampliamente demostrada en contextos clínicos, educativos y comunitarios. Diversas investigaciones han documentado su impacto positivo en la intervención de trastornos como ansiedad, depresión, y problemas conductuales en contextos escolares y universitarios (Moreno & Martínez, 2020; Miltenberger, 2016). Tal es así, programas de intervención basados en análisis funcional han logrado reducir conductas disruptivas y mejorar el clima de aprendizaje en entornos educativos, mostrando su aplicabilidad en problemas conductuales de alta prevalencia.

La aplicación del análisis funcional en la práctica clínica ofrece múltiples beneficios. El terapeuta organiza la información de manera estructurada, comprende la función que cumplen determinadas conductas en relación con el entorno del paciente, identifica los antecedentes asociados a las conductas a tratar y establece objetivos específicos para la intervención (Kaholokula, 2013). Realizar un riguroso análisis funcional de la conducta facilita la comprensión de las problemáticas emocionales, situacionales e interpersonales de las personas, así como su patología y las formas en que estas operan en sus vidas (Urrea, 2020).

En suma, el análisis funcional ofrece una metodología potente para clarificar las relaciones entre conducta y contexto, impulsando intervenciones ajustadas a las

necesidades particulares del individuo. Sin embargo, su implementación requiere una mirada crítica e integradora, que contemple tanto las dimensiones externas como los factores internos que configuran la conducta humana.

3.1.2. Componentes del Análisis Funcional

El análisis funcional se basa en la premisa de que toda conducta tiene una función, y que esta puede ser comprendida si se examinan cuidadosamente sus antecedentes y consecuencias. Esta lógica se operacionaliza a través del modelo de la triple contingencia –antecedentes, conducta y consecuencias (A-B-C)– que descompone el comportamiento en sus elementos funcionales y formular hipótesis explicativas claras sobre su origen y mantenimiento (Cooper et al., 2020).

Las primeras se orientan a entender cómo se inició una conducta problemática –de modo que, una situación estresante o una historia de refuerzos previos–, mientras que las segundas explican los mecanismos actuales que la perpetúan. Esta distinción resulta esencial para diseñar intervenciones eficaces que no solo mitiguen los efectos visibles, sino que actúen sobre las condiciones que sostienen el problema en el presente (Miltenberger, 2016).

A diferencia de enfoques que se centran en la descripción sintomática, el análisis funcional propone una lectura contextualizada del comportamiento, orientada a responder no tanto al “por qué” sino al “para qué” de una conducta. Esta distinción resulta importante. Para ilustrar, al abordar situaciones escolares en las que un niño lanza objetos al inicio de la clase de matemáticas. El análisis funcional identifica que el antecedente es el inicio de la materia, la conducta es el lanzamiento de objetos, y la consecuencia es su expulsión del aula, evitando la tarea aversiva. En este caso, el patrón revela un refuerzo negativo, que mantiene la conducta al evitar un estímulo no deseado (Alberto y Troutman, 2019).

Este enfoque es especialmente relevante para los futuros profesionales de la psicología, impulsa a ir más allá de categorías diagnósticas o interpretaciones subjetivas, e intervenir de manera empírica, ética y adaptada al contexto del consultante. Lejos de prácticas punitivas o intuitivas, el análisis funcional ofrece herramientas concretas para transformar patrones conductuales disfuncionales, facilitando procesos terapéuticos centrados en el desarrollo de habilidades, autonomía y bienestar.

En definitiva, el análisis funcional, estructurado a partir de la contingencia triple y el análisis de hipótesis, constituye un eje articulador del quehacer clínico contemporáneo. Su valor radica en su capacidad para ofrecer explicaciones funcionales de la conducta, guiando la intervención con base en evidencia y sensibilidad contextual.

3.2. Diferencias entre Diagnóstico y Análisis Funcional

Comprender la diferencia entre diagnóstico y análisis funcional es esencial para una práctica clínica eficaz. Aunque ambos enfoques buscan explicar el comportamiento humano, difieren profundamente en sus objetivos, procedimientos y alcance.

El diagnóstico categorial, representado por sistemas como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), clasifica síntomas en categorías clínicas estandarizadas. Su utilidad radica en la facilidad que ofrece para establecer un lenguaje común entre profesionales, facilitar el acceso a tratamientos estandarizados y servir como base para decisiones médico-legales o institucionales. Tal es así, diagnosticar a un estudiante con trastorno depresivo mayor justifican el inicio de intervenciones clínicas y psicofarmacológicas basadas en guías consensuadas.

Sin embargo, esta clasificación, aunque necesaria, posee limitaciones. El diagnóstico tiende a centrarse en la

descripción estática de los síntomas, sin considerar de forma suficiente el contexto en que las conductas se manifiestan ni la función que cumplen en la vida del consultante (Hayes & Hofmann, 2018). Este enfoque puede favorecer interpretaciones reduccionistas, invisibilizando la singularidad de cada caso.

El análisis funcional, por su parte, se orienta a identificar las relaciones funcionales entre la conducta y las variables antecedentes y consecuentes que la mantienen. A través del modelo de la triple contingencia (A-B-C), formula hipótesis sobre el “para qué” de una conducta, situándola en un contexto dinámico e histórico (Miltenberger, 2016). Retomando el caso anterior, mientras el diagnóstico etiqueta un cuadro depresivo, el análisis funcional indagaría si la conducta de retraimiento social está siendo reforzada negativamente por la evitación de evaluaciones académicas o positivamente por el incremento de atención familiar.

Este enfoque no busca reemplazar al diagnóstico, sino complementarlo. Mientras el diagnóstico proporciona una base clasificatoria útil para la comunicación y la toma de decisiones clínicas iniciales, el análisis funcional aporta una comprensión más profunda y contextualizada del problema, guiando intervenciones ajustadas a la realidad particular del consultante (Moreno & Martínez, 2020). Su énfasis en lo funcional y situado favorece estrategias terapéuticas que abordan no solo los síntomas, sino las condiciones que los sostienen.

En suma, diagnóstico y análisis funcional no deben concebirse como enfoques contrapuestos, sino como herramientas complementarias. Su uso combinado mantiene el rigor clínico sin perder de vista la complejidad individual. Esta integración enriquece la formulación de casos, mejora la precisión de las intervenciones y favorece un abordaje ético, contextualizado y centrado en el cambio significativo.

3.3. Métodos y Técnicas para realizar Análisis Funcional

Los métodos y técnicas empleados en el análisis funcional constituyen pilares esenciales para garantizar intervenciones eficaces en psicología conductual. Este procedimiento no se limita a identificar un comportamiento, sino que busca comprender las condiciones antecedentes y consecuentes que lo mantienen o modifican (Miltenberger, 2016).

Una técnica prioritaria es la **observación directa**, que recopila datos objetivos sobre la conducta en contextos específicos. Pongamos el caso, un estudiante universitario que manifiesta dificultades de concentración podría mostrar mayor distracción en clases teóricas prolongadas que en sesiones prácticas, lo que orienta la selección de estrategias de intervención pertinentes.

La **entrevista estructurada o semiestructurada** constituye otro recurso fundamental, al aportar información subjetiva y contextual que no siempre es visible durante la observación. Siguiendo el caso anterior, indagar en los pensamientos y emociones del estudiante antes y después de las distracciones puede revelar factores como aburrimiento, frustración o preocupación académica (Moreno y Martínez, 2020).

Asimismo, el **uso de autorregistros** fomenta la autonomía del evaluado, al documentar sus propias conductas y los contextos donde ocurren. Sin embargo, esta técnica depende de la honestidad y precisión del reporte, lo cual puede introducir sesgos (Hayes y Hofmann, 2018). En este sentido, los desarrollos recientes proponen integrar autorregistros digitales y evaluaciones ecológicas momentáneas (EMA), que capturan la experiencia en tiempo real y ofrecen datos más ricos y menos retrospectivos (Ong et al., 2022; Glenn et al., 2022).

Desde una perspectiva crítica, ninguna técnica es suficiente por sí sola para un análisis funcional exhaustivo. Por ello, se

recomienda un **enfoque multimodal**, que combine diversas fuentes y métodos, fortaleciendo así la validez clínica y la precisión diagnóstica (Miltenberger, 2016). Esta integración sostiene a la efectividad del análisis funcional, que depende no solo de la habilidad técnica del evaluador, sino también de la disposición del sujeto a participar activamente, en un entorno de confianza y comunicación empática.

En conclusión, los métodos del análisis funcional deben emplearse de manera complementaria y crítica, incorporando tanto herramientas clásicas como innovaciones digitales, con el fin de diseñar intervenciones ajustadas a las particularidades de cada individuo.

Principales técnicas y recursos del análisis funcional:

- Observación directa.
- Entrevistas estructuradas o semiestructuradas.
- Autorregistros y registros digitales experienciales.
- Enfoques multimodales e integrativo

3.3. 1 Técnicas Conductuales y Cognitivas Aplicadas en Análisis Funcional

En el panorama contemporáneo de la psicoterapia, las técnicas conductuales y cognitivas aplicadas ocupan un lugar protagónico debido a su sólida base empírica y a su versatilidad en el abordaje de múltiples problemáticas psicológicas. Sin embargo, más allá de su efectividad demostrada, es fundamental someter estas técnicas a un análisis crítico para comprender no solo sus alcances, sino también sus límites y el compromiso ético que exige su aplicación. Para los estudiantes universitarios, reflexionar sobre estas técnicas no debería limitarse a memorizar procedimientos, sino más bien representar una invitación a pensar en cómo, por qué y para quién se aplican.

Las técnicas conductuales, fundamentadas en el análisis funcional del comportamiento, parten del principio de que las conductas se adquieren y mantienen en función de sus consecuencias. Estrategias como el reforzamiento positivo, la extinción o el modelamiento han sido ampliamente utilizadas en contextos clínicos, educativos y sociales. Por ejemplo, en el tratamiento de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), se implementan sistemas de economía de fichas para reforzar conductas como la permanencia en la tarea o el respeto de turnos (Alberto y Troutman, 2019). Estos procedimientos modifican conductas observables de manera sistemática, lo cual resulta especialmente útil en entornos que exigen resultados rápidos y medibles.

Por otro lado, las técnicas cognitivas se enfocan en identificar, desafiar y reestructurar pensamientos automáticos y creencias disfuncionales. Desde la Terapia Cognitiva de Beck hasta los modelos más actuales de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la base común es que los pensamientos influyen en las emociones y las conductas, por lo que modificarlos puede generar un cambio significativo en el bienestar subjetivo (Beck, 2021; Hayes et al., 2012a). En pacientes con ansiedad social, pongamos el caso, la técnica de reestructuración cognitiva se utiliza para cuestionar ideas como “todos me juzgan” o “si cometo un error, me rechazarán”, reemplazándolas por interpretaciones más realistas que reduzcan el malestar y fomenten la exposición a situaciones temidas.

No obstante, sería ingenuo asumir que estas técnicas son soluciones universales y descontextualizadas. Uno de los riesgos de su aplicación mecánica es ignorar los contextos socioculturales que influyen en el comportamiento humano. ¿Hasta qué punto es ético reforzar una conducta sin considerar las condiciones estructurales que la provocan o la sostienen? ¿Qué sucede cuando un terapeuta se enfoca solo en modificar pensamientos “irracionales” sin validar la experiencia emocional de quien ha vivido situaciones de

exclusión o violencia? Estas preguntas obligan a considerar la dimensión ética de la intervención cognitivo-conductual y a evitar una mirada reduccionista o tecnocrática del sufrimiento psíquico (González y Pérez, 2012).

Además, la excesiva confianza en la evidencia empírica puede llevar a descartar otras formas de saber y de intervención igualmente valiosas. Si bien las técnicas conductuales y cognitivas gozan de un respaldo científico considerable, también es cierto que su eficacia puede verse limitada cuando no se adaptan al estilo de vida, cultura o motivaciones del consultante. Por ello, la formación crítica de los futuros psicólogos debe incluir no solo el dominio técnico, sino también la capacidad de adaptar estas herramientas a cada caso, con sensibilidad cultural y humana.

Las técnicas conductuales y cognitivas aplicadas no son simples “recetas terapéuticas”, sino herramientas complejas que exigen comprensión profunda, análisis ético y sensibilidad clínica. Formarse en su uso implica más que aprender a aplicarlas, esto significa pensar en sus implicaciones, en sus límites, y en el modo en que pueden contribuir genuinamente al bienestar de las personas. Como futuros profesionales, los estudiantes están llamados a no solo aplicar, sino a cuestionar, adaptar y enriquecer estas estrategias con creatividad, reflexión y compromiso humano.

3.3.2 Casos ilustrativos y ejemplos detallados de Análisis Funcional

El análisis funcional se ha consolidado como una herramienta determinante dentro de la psicología clínica contemporánea, particularmente en el marco de la intervención conductual. Su valor reside en la capacidad de identificar las relaciones funcionales entre la conducta problema y los factores contextuales que la mantienen, diseñando intervenciones eficaces y ajustadas a las

necesidades específicas de cada persona (Haynes & O'Brien, 2000). Sin embargo, para estudiantes y futuros profesionales, el abordaje teórico del análisis funcional puede percibirse como abstracto si no se acompaña de ejemplos clínicos que ilustren el proceso de forma concreta y aplicada.

Con este propósito, se han reorganizado los casos clínicos para mejorar la progresión argumentativa y evitar repeticiones innecesarias. La secuencia propuesta es la siguiente:

1. Ansiedad social en estudiantes universitarios.
2. Depresión reactiva tras una pérdida significativa.
3. Conductas evitativas relacionadas con la salud.

Cada ejemplo sigue la estructura **antecedente - conducta - consecuencia (A-B-C)** y se interpreta en función de su contexto clínico. Esta organización no solo facilita la comprensión del método, sino que también muestra cómo el análisis funcional articula teoría y práctica en escenarios reales.

El uso de casos detallados permite observar el procedimiento paso a paso, desde la identificación de antecedentes y consecuencias hasta la formulación de hipótesis sobre la función de la conducta. Además, posibilita evidenciar cómo variables cognitivas, emocionales y sociales interactúan con los patrones observados, contribuyendo a una comprensión integral del consultante y evitando reducirlo a un conjunto de síntomas aislados (Luciano, 2013). Esta aproximación también ayuda a diferenciar conductas similares en apariencia, más sustentadas en motivaciones distintas, lo que es fundamental para prevenir errores diagnósticos y diseñar intervenciones específicas.

Desde una perspectiva formativa, trabajar con casos clínicos promueve el pensamiento analítico, el razonamiento clínico y la toma de decisiones informadas. Como señalan Sturmey

y McMorrow (2011), el análisis funcional no debe entenderse como una receta técnica, sino como un proceso dinámico que requiere comprender tanto el entorno del paciente como los significados atribuidos a su conducta. En este sentido, el empleo de ejemplos prácticos fomenta la apropiación crítica del método y refuerza la sensibilidad hacia la singularidad de cada caso, evitando soluciones estandarizadas o reduccionistas.

En conclusión, el estudio de casos ilustrativos constituye una **estrategia pedagógica potente** para la formación clínica. No solo clarifica conceptos fundamentales, sino que conecta la teoría con la práctica desde una mirada ética, contextual y humanista, en consonancia con los principios contemporáneos de la psicología basada en la evidencia.

Tabla 10

A-B-C (Antecedentes - Conducta - Consecuencia - Interpretación funcional) para los tres ejemplos clínicos como recurso didáctico para estudiantes

Caso clínico	Antecedente (A)	Conducta (B)	Consecuencia (C)	Interpretación funcional
1. Ansiedad social en estudiantes universitarios	Clase teórica en la cual el docente solicita participación oral.	El estudiante evita responder, baja la mirada o finge estar ocupado.	Disminuye momentáneamente la ansiedad al no exponerse, pero pierde oportunidades académicas y refuerza la evitación.	La conducta de evitación funciona como estrategia de afrontamiento inmediato, pero mantiene la ansiedad social a largo plazo.
2. Depresión reactiva tras pérdida significativa	Fallecimiento de un familiar cercano y reducción del apoyo social.	El paciente se retira de actividades sociales y académicas,	Obtiene alivio temporal al evitar demandas externas, pero aumenta el aislamiento y la	La retirada conductual al perpetúa el estado depresivo o al disminuir la exposición

		pasa largos periodos en cama.	sensación de vacío.	n a actividad es reforzantes y el contacto social.
3. Conductas evitativas relacionadas con la salud	Recomendación médica de acudir a controles por síntomas persistentes.	La persona pospone citas médicas y evita chequeos.	Reduce la ansiedad inmediata asociada al miedo al diagnóstico, pero se incrementa el riesgo de complicaciones físicas.	La evitación funciona como estrategia de regulación emocional a corto plazo, pero compromete la salud y aumenta el malestar futuro.

Nota: Elaborado por autora

3.3.3 Ejemplos de Análisis Funcional de Ansiedad, Depresión y Conductas de Salud.

Comprender el análisis funcional a través de casos clínicos fortalece a los estudiantes de psicología adentrarse en la complejidad del comportamiento humano desde una mirada contextual e individualizada. En lugar de etiquetar a los pacientes por sus síntomas, el análisis funcional propone explorar *para qué* una conducta se mantiene, cuál es su función, y cómo se relaciona con los antecedentes y

consecuencias que la rodean. A continuación, se presentan tres ilustraciones detalladas de aplicación práctica del análisis funcional en casos de ansiedad, depresión y conductas de salud, con el objetivo de facilitar su comprensión y aplicación clínica.

Ejemplo de Ansiedad ante situaciones sociales

Caso: Camila, estudiante universitaria de 20 años, evita participar en exposiciones orales. Refiere sentir palpitaciones, sudoración y pensamientos intrusivos como “todos me van a juzgar” o “voy a hacer el ridículo” cada vez que se le asigna una presentación.

Análisis funcional:

- **Antecedentes:** Se anuncia una exposición en clase.
- **Conducta:** Camila solicita no exponer o simplemente falta a clase ese día.
- **Consecuencias:** Reducción inmediata de la ansiedad y alivio momentáneo; sin embargo, se refuerza la evitación y aumenta la inseguridad a largo plazo.

Interpretación: La conducta de evitación cumple una función de escape ante el malestar emocional. Este patrón, aunque resulta funcional a corto plazo, contribuye a la cronificación de la ansiedad social al obstaculizar la exposición gradual y limitar el desarrollo de habilidades de afrontamiento (Barlow, 2002).

Ejemplo de Depresión en contexto de pérdida

Caso: Andrés, de 35 años, acude a consulta tras la muerte reciente de su padre. Desde entonces, ha dejado de salir con amigos, ha abandonado su afición por la música y pasa gran parte del día acostado sin motivación para realizar tareas básicas.

Análisis funcional:

- **Antecedentes:** Pensamientos relacionados con la pérdida ("ya nada tiene sentido", "no puedo disfrutar sin él").
- **Conducta:** Retiro de actividades placenteras, aislamiento, inactividad.
- **Consecuencias:** Alivio momentáneo de la tristeza intensa; sin embargo, a largo plazo, se refuerza el estado depresivo por la pérdida de reforzadores positivos del entorno.

Interpretación: La inactividad funciona como evitación emocional. Según el modelo de activación conductual, la ausencia de reforzamiento positivo y el patrón de evitación intensifican los síntomas depresivos (Jacobson et al., 2001). El análisis funcional identifica estas cadenas para intervenir en la reintroducción progresiva de actividades gratificantes.

Ejemplo de Conductas de salud: abandono del tratamiento médico

Caso: Lorena, de 28 años, diagnosticada con diabetes tipo 2, ha suspendido su medicación e ignora sus controles médicos. Refiere sentirse abrumada y evita acudir al hospital por miedo a recibir "malas noticias".

Análisis funcional:

- **Antecedentes:** Recordatorio del control médico o síntomas físicos.
- **Conducta:** Omisión del tratamiento y postergación de visitas médicas.
- **Consecuencias:** Disminución de la ansiedad inmediata relacionada con el temor al diagnóstico, pero deterioro progresivo de su salud física.

Interpretación: La evitación del tratamiento tiene una función de control de la ansiedad anticipatoria, que es común en

conductas de salud. El análisis funcional fortalece la comprensión que detrás del aparente “descuido” hay una función emocional no resuelta

Estos casos muestran que el análisis funcional va más allá de observar una conducta, ayudan a entender el contexto, los significados personales y las funciones que cumple cada acción en la vida del consultante. Para los estudiantes de psicología clínica, desarrollar esta mirada funcional es esencial para evitar intervenciones estandarizadas y, en cambio, ofrecer acompañamientos sensibles, éticos y basados en evidencia. Como señalan Hayes et al. (2012b), el objetivo del análisis funcional no es controlar la conducta, sino comprenderla en su red de relaciones personales y contextuales.

En este punto, resulta necesario reconocer cómo las técnicas conductuales y cognitivas, previamente descritas, no operan de manera aislada, sino que adquieren su mayor potencial clínico cuando se integran coherentemente en el proceso de formulación del caso (McNally, 2016). Esta integración articula los elementos observables del comportamiento con los esquemas cognitivos subyacentes, las respuestas emocionales implicadas y los contextos vitales del consultante. A continuación, se expone cómo este entrelazamiento se concreta metodológicamente en la formulación clínica.

3.4 Articulación entre Técnicas y Formulación Clínica

La aplicación de técnicas conductuales y cognitivas, por sí sola, no garantiza una intervención eficaz si no se articula con una comprensión estructurada del caso clínico. En este sentido, la formulación del caso no representa una mera descripción de síntomas, sino una síntesis dinámica que integra las intervenciones técnicas en un marco explicativo coherente y contextualizado.

Esta articulación es esencial para que las herramientas terapéuticas no sean empleadas de forma mecánica, sino como respuestas ajustadas a los patrones de conducta, creencias disfuncionales, emociones subyacentes y factores contextuales del consultante. Las técnicas descritas previamente, como el reforzamiento positivo, la reestructuración cognitiva o la exposición graduada, adquieren mayor eficacia cuando se vinculan explícitamente con hipótesis clínicas surgidas del análisis funcional.

De esta manera, la formulación actúa como un puente entre la evaluación clínica y la intervención terapéutica, facilitando decisiones clínicas informadas, adaptadas y sostenibles. Además, posibilita anticipar obstáculos, identificar factores de mantenimiento del problema y establecer objetivos terapéuticos acordes con la historia personal y el contexto vital del paciente.

A continuación, se desarrollará el proceso de formulación clínica como una herramienta que integra teoría, evaluación y técnicas de intervención, consolidando una práctica psicológica ética, crítica y centrada en la singularidad del sufrimiento humano.

3.5 Formulación del Caso Clínico

La formulación clínica constituye una de las competencias más complejas y enriquecedoras en la práctica psicológica, pues va más allá del diagnóstico categorial. Mientras que los manuales como el DSM-5 o la CIE-11 describen y clasifican síntomas, la formulación construye una narrativa explicativa que integra factores predisponentes, precipitantes, mantenedores y protectores, junto con variables cognitivas, emocionales y contextuales, orientando así las decisiones terapéuticas con mayor precisión (Persons, 2022; Kuyken et al., 2009).

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, este proceso implica elaborar hipótesis sobre los mecanismos que

sostienen la conducta problema, considerando antecedentes biológicos, aprendizajes previos, esquemas cognitivos, respuestas emocionales y estrategias de afrontamiento. Así, un adolescente con síntomas de ansiedad social no es solo un “caso de fobia social”, sino un sujeto cuya historia puede incluir experiencias de burla, desarrollo de creencias de inferioridad y conductas de evitación que refuerzan su temor. En este sentido, la formulación reconoce la lógica subyacente del sufrimiento y humanizar la intervención (Persons, 2022).

Lejos de ser un ejercicio meramente técnico, la formulación es también un acto ético y relacional, valida la experiencia del paciente, evita reduccionismos y promueve una atención personalizada (Eells, 2015). Para los estudiantes de psicología, representa un cambio de paradigma, dejar de ver al consultante como un portador de síntomas para comprenderlo como un sujeto activo, cuyas experiencias cobran sentido en su contexto vital.

Finalmente, aprender a formular casos clínicos exige práctica, supervisión y sensibilidad, pero sobre todo una actitud humilde. Supone dudar de etiquetas apresuradas, construir hipótesis flexibles y recordar que cada diagnóstico esconde una historia que merece ser escuchada y comprendida.

3.5.1 Modelo de Formulación Integrativa.

La práctica clínica contemporánea en psicología exige flexibilidad, sensibilidad contextual y eficacia basada en la evidencia. En este marco, el modelo de formulación integrativa se presenta como una alternativa frente a los enfoques reduccionistas que limitan al sujeto a etiquetas diagnósticas rígidas o a marcos teóricos exclusivos. Más que una síntesis de teorías, constituye un proceso dinámico y personalizado, capaz de articular distintos niveles de explicación del malestar psicológico mediante la integración de variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales

(Eells, 2015). Para los estudiantes de psicología, representa un aprendizaje fundamental, no solo clasificar síntomas, sino construir significados que guíen intervenciones humanizadas y basadas en evidencia.

Uno de sus aportes principales es la capacidad de incorporar diversas escuelas teóricas sin caer en un eclecticismo arbitrario. La formulación se construye como hipótesis explicativa a partir de la información aportada por el paciente, la evaluación clínica y los modelos que el terapeuta considera pertinentes para ese caso específico. Frente a un cuadro de depresión persistente, tal es así, una formulación integrativa puede incluir factores biológicos (historial familiar), conductuales (retirada de actividades reforzantes tras una pérdida), cognitivos (creencias de inutilidad y desesperanza) e interpersonales (dificultades para expresar emociones en vínculos cercanos) (Kuyken et al., 2009). Esta perspectiva multifactorial no solo enriquece la comprensión clínica, sino que orienta un plan terapéutico adaptado a la singularidad de cada persona.

A diferencia de los modelos categoriales o monodisciplinarios, la formulación integrativa enfatiza su carácter procesual y colaborativo, no es un documento estático, sino una construcción compartida entre paciente y terapeuta que puede revisarse a lo largo del tratamiento, en función de los cambios en la clínica o en las circunstancias del consultante (Bieling & Kuyken, 2003). Este principio tiene un valor didáctico notable para los estudiantes, pues enseña que la clínica no se aprende como receta, sino como ejercicio constante de razonamiento, creatividad y ética.

Ahora bien, este modelo también enfrenta desafíos que demandan un análisis crítico. El principal es el riesgo de una integración poco rigurosa, en la que se seleccionen elementos de distintas teorías sin coherencia epistemológica. No basta con reconocer este peligro, es necesario proponer estrategias para mitigarlo. Entre ellas, se pueden señalar tres:

- Ψ **Criterios explícitos de selección:** el terapeuta debe justificar con claridad qué constructos o técnicas utiliza y por qué son pertinentes para ese caso.
- Ψ **Revisión de compatibilidad teórica:** antes de combinar enfoques, conviene analizar hasta qué punto sus supuestos básicos son compatibles o contradictorios, evitando yuxtaposiciones sin sustento.
- Ψ **Supervisión y autoevaluación continua:** el uso de la formulación integrativa debería ir acompañado de espacios de supervisión clínica y reflexión crítica que detecten sesgos o incoherencias (Norcross & Goldfried, 2019).

De este modo, la integración deja de ser una suma arbitraria y se convierte en un ejercicio consciente de articulación entre teorías y práctica.

La dimensión ética es otro aspecto básico. Al evitar simplificaciones diagnósticas, la formulación integrativa favorece una comprensión profunda de la subjetividad del paciente y reconoce la influencia de los factores sociales, económicos y culturales. Así, el abordaje de una mujer migrante con ansiedad debería incluir, además de variables cognitivas y conductuales, los efectos del desarraigo, la discriminación y la precariedad laboral, que contribuyen de manera significativa al sufrimiento (Fonagy & Luyten, 2009). Esta mirada crítica convierte la intervención en una práctica no solo clínica, sino también transformadora.

En términos prácticos, la formulación integrativa suele estructurarse siguiendo modelos como el de Kuyken et al. (2009), que organizan la información clínica en torno a cinco componentes: presentación del problema, factores predisponentes, precipitantes, mantenedores y protectores. Con este esquema se elabora un “mapa clínico” que guía el proceso terapéutico con claridad, a la vez que conserva una visión holística del caso.

Como innovación contemporánea, la teoría de redes de síntomas ofrece un enfoque complementario al modelo integrativo, al concebir los síntomas no como simples manifestaciones de una entidad latente, sino como elementos interconectados que se influyen mutuamente. Esta perspectiva amplía las posibilidades de formulación clínica y refuerza la comprensión dinámica y contextual del malestar psicológico, evitando el eclecticismo sin coherencia epistemológica (Borsboom, 2017; Mink et al., 2024; Slipertz et al., 2023).

En suma, la formulación integrativa no es solo una herramienta técnica, sino también una actitud epistemológica y ética. Para los futuros psicólogos, constituye el reto de superar las categorías diagnósticas rígidas y abrazar la complejidad de cada caso, desarrollando sensibilidad clínica, pensamiento crítico y compromiso con una psicología comprensiva y humanizada.

3.5.2. Integración Clínica de variables: Contextuales, Cognitivas, Emocionales y Conductuales

La comprensión integral del sufrimiento humano exige un enfoque clínico que supere la mirada reduccionista y contemple los múltiples factores que configuran la experiencia subjetiva de cada persona. En este sentido, la integración de variables contextuales, cognitivas, emocionales y conductuales constituye un paso esencial hacia una psicología más crítica, compleja y transformadora. No se trata únicamente de mejorar la eficacia de los modelos clínicos, sino también de asumir una postura ética frente a la diversidad y singularidad de los consultantes.

Los modelos diagnósticos categoriales, como el **DSM-5** o la **CIE-11**, han aportado criterios estandarizados y un lenguaje común entre profesionales. Sin embargo, diversos autores han señalado sus limitaciones al abordar la complejidad de los casos reales (Maddux & Winstead, 2016). Al centrarse en etiquetas, tienden a fragmentar la experiencia,

invisibilizando aspectos decisivos como la historia de vida, las condiciones sociales o los eventos significativos asociados al malestar. El riesgo es que la intervención se quede en la superficie, enfocada en el síntoma sin atender a las causas que lo originan o sostienen.

La **integración clínica de variables** ofrece una alternativa robusta a esta fragmentación.

- En el plano **contextual**, el entorno social, familiar, económico y cultural modela tanto la expresión de los síntomas como las posibilidades de afrontamiento. Un adolescente disruptivo no enfrenta el mismo reto si vive en un contexto de violencia estructural que si se desarrolla en un entorno protegido (Bronfenbrenner, 1998).
- En el nivel **cognitivo**, los esquemas de pensamiento y las creencias disfuncionales median la interpretación de la realidad, influyendo en emociones y conductas. Tal es el caso de un estudiante que interpreta una mala nota como prueba de incompetencia, lo que refuerza tristeza y evitación académica (Beck, 2021).
- Desde la dimensión **emocional**, enfoques contemporáneos subrayan que las emociones cumplen funciones adaptativas y requieren validación y regulación, en lugar de ser tratadas como simples síntomas a eliminar (Greenberg, 2015).
- Finalmente, las **conductas** deben comprenderse como estrategias de afrontamiento, algunas útiles y otras desadaptativas, que expresan intentos de lidiar con el malestar. A saber, la evitación reduce la ansiedad en el corto plazo, pero refuerza la fobia a largo plazo (Miltenberger, 2016).

La fortaleza de este enfoque radica en entender cómo estas variables se entrelazan dinámicamente en la vida del paciente, más que en analizarlas de forma aislada. La formulación clínica funciona como un mapa explicativo, que organiza la información en una hipótesis coherente y funcional. Modelos como el de los **cinco P** –problema, predisponentes, precipitantes, perpetuantes y protectores– (Kuyken et al., 2009), o propuestas recientes como la teoría de redes de síntomas, que concibe los trastornos como sistemas interconectados de síntomas en mutua influencia (McNally, 2016), y estructuran esta complejidad sin perder de vista la singularidad de cada caso.

Para los estudiantes de psicología, este enfoque implica un cambio profundo en su formación. No basta con memorizar técnicas o aplicar protocolos; se trata de desarrollar sensibilidad clínica, pensamiento crítico y la capacidad de comprender al paciente como sujeto situado en un entramado de historia, emociones, cogniciones y conductas. Formarse en esta lógica integradora requiere esfuerzo y práctica, pero constituye una condición indispensable para ejercer una clínica ética, humana y eficaz.

En última instancia, integrar estas variables no es solo una exigencia metodológica, sino también un imperativo ético, recordar que cada conducta disfuncional encierra una historia por comprender, una emoción por validar, un pensamiento por replantear y un contexto por transformar. Este horizonte integrador devuelve a la psicología clínica su sentido más profundo, comprender para ayudar.

Esta visión integradora encuentra respaldo en los modelos teóricos contemporáneos discutidos previamente, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que aborda simultáneamente procesos cognitivos, emocionales y contextuales desde un marco funcional coherente (Hayes et al., 2012a), o la teoría de redes de síntomas, que muestra cómo los síntomas interactúan como sistemas dinámicos más que como efectos aislados de causas subyacentes

(Borsboom, 2017). Asimismo, la terapia basada en procesos (Hayes & Hofmann, 2018) propone una intervención centrada en mecanismos funcionales compartidos por distintos trastornos, reforzando la necesidad de articular múltiples niveles de análisis en la formulación clínica.

3.6 Conclusiones Prácticas y Recomendaciones para terapeutas

El análisis funcional y formulación de caso no deben concebirse como técnicas académicas aisladas, sino como herramientas clínicas profundamente humanas y éticas, con capacidad de acceder al mundo interno de las personas a través de la observación de sus comportamientos y contextos. En la práctica terapéutica, funciona como una brújula que orienta la comprensión y la intervención con mayor precisión, evitando diagnósticos apresurados o intervenciones estandarizadas que ignoran la singularidad del consultante.

La principal conclusión práctica es que el análisis funcional requiere una actitud clínica atenta, flexible y empática. No se trata de llenar esquemas o aplicar protocolos de forma rígida, sino de acompañar al paciente en la exploración de los significados, necesidades y funciones de su conducta en su vida actual. Como destaca Luciano (2013), la riqueza de este enfoque radica en contextualizar el sufrimiento psicológico, transformando la conducta problema en una oportunidad de comprensión y cambio.

Otro aspecto es que no existen soluciones universales. Conductas similares pueden tener funciones distintas según la historia y el contexto de cada persona. Por ello, el análisis funcional apoya a la construcción de hipótesis individualizadas que guían intervenciones eficaces y éticas (Haynes et al., 2012). De este modo, se convierte en un puente esencial entre evaluación e intervención, fortaleciendo la coherencia del tratamiento.

En los últimos años, se han desarrollado herramientas que enriquecen el análisis funcional clínico consideradas como innovaciones metodológicas recientes:

- **Modelos de tiempo continuo (continuous-time models)** para captar variaciones sutiles en procesos psicológicos a través de registros intensivos.
- **Evaluación Momentánea Ecológica (EMA) móvil e Intervenciones Momentáneas Ecológicas (EMI)**, con aplicaciones en intervenciones adaptativas en tiempo real (JITAI) y **fenotipado digital**, emergentes en salud mental.
- Protocolos clínicos como **DAILY**, que utilizan **EMA** intensiva para comprender y prevenir conductas autolesivas.
- Revisiones recientes (2022-2024) que sistematizan el estado de la cuestión sobre

EMA clínica, destacando áreas emergentes y futuras direcciones de investigación.

Estas innovaciones integran datos de la vida cotidiana del paciente, favoreciendo una comprensión dinámica y contextual de la conducta.

A manera de conclusión, el análisis funcional y la formulación de caso se componen por un enfoque *ético, contextual y dinámico*, que exige sensibilidad, precisión y actualización constante por parte del terapeuta. Para fortalecer su aplicación clínica se recomienda:

1. **Construcción colaborativa** con el paciente, fomentando la alianza terapéutica.
2. **Integración de enfoques contemporáneos**, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), el análisis funcional contextual, los modelos basados en procesos y las redes de síntomas.
3. **Reflexión crítica constante**, para que el terapeuta reconozca sus sesgos y ajuste la práctica con rigor.
4. **Incorporación de tecnologías EMA/EMI** como herramientas complementarias en la evaluación y la intervención clínica.

En definitiva, el análisis funcional y formulación de caso invitan a mirar más allá de la superficie del síntoma, recuperando el valor narrativo y contextual de la conducta. Para estudiantes y profesionales, asumir este enfoque supone un compromiso con una psicología más humana, empática y basada en evidencia.

Referencias

- Alberto, P. A., & Troutman, A. C. (2019). *Applied behavior analysis for teachers* (10th ed.). Pearson.
<https://www.pearson.com/en-us/subject-catalog/p/applied-behavior-analysis-for-teachers/P200000000718/9780135606186?srsId=AfmBOoqJatQvBPNqBAQKX4buPN64mtECcnw5EKsKwPbeQ4ohzGdimLu9>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Beck, J. S. (2021). *Terapia cognitiva: Fundamentos y aplicaciones* (2.ª ed.). Paidós.
<https://dokumen.pub/qdownload/cognitive-behavior-therapy-basics-and-beyond-3nbsped-1462544193-9781462544196.html>
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 52-69.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg005>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5-13.
<https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Bronfenbrenner, U. (1998). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). *Applied behavior analysis* (3rd ed.). Pearson.

- Eells, T. D. (Ed.). (2015). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed.). Guilford Press.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kearns, J. C., Santee, A. C., Esposito, E. C., Conwell, Y., & Alpert-Gillis, L. J. (2022). Feasibility and acceptability of ecological momentary assessment with high-risk suicidal adolescents following acute psychiatric care. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 51(1), 32-48. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1741377>
- González Pardo, H. y Pérez-Álvarez, M. (2012). *La invención de trastornos mentales: Una crítica psiquiátrica a la patologización de la vida cotidiana*. Alianza Editorial. http://www.asmi.es/arc/doc/La_invencion_de_enfermedades_mentales.pdf
- González, K. (2018). *Diseño de Análisis Funcional. Unidades de Apoyo para el Aprendizaje*. CUAED/FES Iztacala-UNAM. https://repositorio-uapa.cuaed.unam.mx/repositorio/moodle/pluginfile.php/1739/mod_resource/content/12/Contenido/index.html
- Greenberg, L. (2015). *Terapia centrada en las emociones: Coaching para clientes en la gestión de sus sentimientos* (2.ª ed.). Asociación Americana de Psicología. <https://doi.org/10.1037/14692-000>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of*

cognitive behavioral therapy. New Harbinger Publications.

- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2012b). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 43(4), 640-655. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.05.001>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012a). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Springer Science Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4397-1>
- Haynes, S. N., O'Brien, W. H., & Kaholokula, J. K. (2012). Behavioral assessment in clinical psychology. In M. Hersen & A. M. Gross (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology* (2nd ed., Vol. 1, pp. 181-213). Wiley.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression:

Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>

Kaholokula, Joseph Keawe'aimoku, Godoy, Antonio, O'Brien, William H., Haynes, Stephen N., & Gavino, Aurora. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>

Kieken, G., Claes, L., Schoefs, S., Kemme, N. D. F., Luyckx, K., Kleiman, E. M., Nock, M. K., & Myin-Germeyns, I. (2023). The detection of acute risk of self-injury project: Protocol for an ecological momentary assessment study among individuals seeking treatment. *JMIR Research Protocols*, 12. <https://doi.org/10.2196/46244>

Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clientes in cognitive-behaviour therapy*. Guilford Press.
<https://www.guilford.com/excerpts/kuyken.pdf?t=1>

Luciano, C. (2013). Análisis funcional: Perspectivas contemporáneas para la intervención psicológica. *Revista de Psicoterapia*, 24(93), 5-28.

Maddux, J. E., & Winstead, B. A. (2016). *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (4th ed.). Routledge.

McNally R. J. (2016). Can network analysis transform psychopathology?. *Behaviour research and therapy*, 86, 95-104.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.006>

- Miltenberger, R. G. (2016). *Behavior modification: Principles and procedures* (6th ed.). Cengage Learning.
- Mink, F., Hehlmann, M., Lutz, W. (2024). Ecological Momentary Assessment in clinical research: A systematic review. *EMA IN CLINICAL RESEARCH*. 1-29 <https://doi.org/10.31219/osf.io/97ma8>
- Moreno, A., & Martínez, A. (2020). Intervención educativa basada en el análisis funcional para mejorar la convivencia escolar. *Revista de Educación Inclusiva*, 13(2), 45-60. <https://doi.org/10.5209/rei.64893>
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2019). *Handbook of psychotherapy integration* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Ong, C. W., Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2022). A process-based approach to cognitive behavioral therapy: A theory-based case illustration. *Frontiers in psychology*, 13, 1002849. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1002849>
- Persons, J. (2022). Case Formulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(3), 537-540 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1077722922000463>
- Slipetz L, Eberle J., Levinson Ch., Falk A., Cusack, C. y Teague, H. (2023), *Analyzing Ecological Momentary Assessment Data with State-Space Models: Considerations and Recommendations*. arXiv. <https://arxiv.org/abs/2305.03214>
- Sturmey, P., & McMorro, M. J. (2011). *Functional analysis in clinical treatment*. Academic Press.

Evaluación psicológica en clínica y salud: del cribado inicial al análisis funcional y transdiagnóstico

Urrea, C, A. (2020). *Módulo didáctico análisis funcional de la conducta*. Institución Universitaria de Envigado. iue.edu.co

Capítulo 4 Evaluación Psicológica Transdiagnóstica: Una visión integradora

Introducción

En el campo de la psicología clínica contemporánea, la evaluación psicológica transdiagnóstica representa un cambio paradigmático necesario frente a las limitaciones del enfoque tradicional categorial. A lo largo de décadas, los sistemas diagnósticos como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-11) han promovido una clasificación de los trastornos mentales en compartimentos estancos, guiando la evaluación y la intervención hacia etiquetas diagnósticas específicas. No obstante, esta visión ha sido progresivamente cuestionada por no capturar con suficiente precisión la complejidad, la comorbilidad y los procesos compartidos entre distintos trastornos (Dalglish et al., 2020; McEvoy et al., 2013).

La evaluación transdiagnóstica propone una mirada integradora centrada en procesos psicológicos comunes como la rumiación, la evitación experiencial, la desregulación emocional o el perfeccionismo clínico, los cuales atraviesan múltiples cuadros clínicos (Harvey et al., 2004). Esta perspectiva no solo mejora la comprensión del sufrimiento humano más allá de etiquetas diagnósticas, sino que también evalúa dimensiones funcionales que conectan de manera más directa con el diseño de intervenciones efectivas y personalizadas (Ehring et al., 2011).

Desde esta óptica, los estudiantes de psicología clínica deben repensar el rol de la evaluación como un proceso dinámico, centrado en las necesidades del sujeto y no exclusivamente en el cumplimiento de criterios diagnósticos rígidos. La evaluación transdiagnóstica invita a los futuros profesionales a adoptar una actitud crítica y reflexiva frente a la heterogeneidad clínica, la superposición sintomática y los

determinantes contextuales del malestar psíquico (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Lejos de suponer el abandono de los sistemas tradicionales, este enfoque sugiere una integración más amplia entre evaluación clínica, formulación del caso e intervención basada en procesos.

En un momento donde los trastornos mentales se presentan con mayor complejidad y variabilidad, es indispensable que la formación en psicología clínica promueva el desarrollo de competencias evaluativas flexibles, transversales y profundamente humanas. La evaluación psicológica transdiagnóstica no es simplemente una técnica nueva, es una invitación a ver al paciente más allá de su síntoma, y a entender su historia psicológica desde una perspectiva multifactorial, contextual y transformadora (Barlow et al., 2016).

4.1 El Modelo Transdiagnóstico en Salud Mental

Durante gran parte del siglo XX, la práctica clínica en salud mental se sustentó en modelos diagnósticos categoriales que, aunque contribuyeron a la sistematización de los trastornos mentales, mostraron limitaciones para explicar la complejidad de la psicopatología. La fragmentación artificial de los cuadros clínicos, el alto índice de comorbilidad, la escasa precisión pronóstica y la limitada eficacia de los tratamientos basados únicamente en diagnósticos impulsaron la aparición del modelo transdiagnóstico como una alternativa más integradora y dinámica (Dalglish et al., 2020; Harvey et al., 2004).

Este enfoque plantea una ruptura epistemológica frente al reduccionismo clínico. En lugar de delimitar los trastornos en categorías separadas, se centra en procesos psicológicos compartidos –como la desregulación emocional, la rumiación, la evitación experiencial y las creencias disfuncionales–, promoviendo una mirada dimensional y procesual del sufrimiento psíquico (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011; Barlow et al., 2016). Esta perspectiva

responde a necesidades empíricas y, al mismo tiempo, interpela la práctica clínica al impulsar una visión más holística y contextualizada de los problemas mentales.

Para la formación en psicología clínica, la incorporación de este modelo implica cuestionar la enseñanza tradicional, repensar el lugar del diagnóstico como herramienta de control institucional y posicionarse críticamente frente a dispositivos que encasillan el malestar en categorías rígidas. Desde esta perspectiva, la salud mental no se reduce a la ausencia de síntomas clasificables, sino que surge de la interacción de múltiples factores que demandan intervenciones flexibles y adaptadas a la singularidad de cada persona (Ehring et al., 2011).

En el escenario contemporáneo, el modelo transdiagnóstico ha cobrado relevancia frente a los sistemas diagnósticos tradicionales como el DSM-5 o la ICD-11. Propone que numerosos trastornos comparten procesos psicológicos subyacentes –entre ellos, la desregulación emocional, los sesgos cognitivos y la evitación– que explican su inicio y mantenimiento (Brown, 2024; Mental Health Academy, 2025). Esta propuesta se respalda en evidencia empírica; los protocolos de terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica, especialmente el *Unified Protocol*, han mostrado eficacia significativa en la reducción de síntomas depresivos ($g \approx 0.74$) y ansiosos ($g \approx 0.77$), superando a condiciones de lista de espera o tratamiento habitual, con efectos que se mantienen hasta un año después de la intervención. A ello se suman avances en el ámbito digital, donde aplicaciones móviles transdiagnósticas han demostrado efectos modestos pero consistentes sobre depresión, ansiedad y malestar general ($g \approx 0.29$), resultados comparables a los obtenidos con aplicaciones específicas para cada diagnóstico (Schaeuffele et al., 2024; Linardon et al., 2025).

Aplicar este modelo al análisis de casos permite focalizarse en mecanismos compartidos en lugar de en síntomas

aislados, lo que resulta particularmente útil en situaciones de comorbilidad o cuando los pacientes no encajan en una sola categoría diagnóstica. Se trata de un abordaje que amplía las posibilidades terapéuticas al incidir en los procesos nucleares del malestar, favoreciendo cambios sostenidos, mayor eficacia clínica y eficiencia en contextos con recursos limitados (Brown, 2024; Linardon et al., 2025; Mental Health Academy, 2025; Ó hAnrachtaigh et al., 2024).

4.1.1 Fundamentos teóricos y clínicos del Enfoque Transdiagnóstico.

El enfoque transdiagnóstico ha emergido como una propuesta teórica y clínica que desafía los pilares tradicionales de la psicopatología, cuestionando los límites artificiales impuestos por los sistemas categoriales como el *DSM-5* y la *CIE-11*. En lugar de asumir que cada trastorno mental constituye una entidad diferenciada con etiología, curso y tratamiento únicos, el modelo transdiagnóstico sostiene que múltiples trastornos comparten procesos psicológicos comunes que subyacen a la aparición, el mantenimiento y la recaída de los síntomas (Harvey et al., 2004; Barlow et al., 2016). Esta aproximación no solo reformula la comprensión de la psicopatología, sino que también invita a una transformación en la evaluación, formulación del caso e intervención clínica.

Desde el punto de vista teórico, el enfoque transdiagnóstico se fundamenta en modelos dimensionales de la psicopatología y en los hallazgos de la investigación empírica que muestran una elevada comorbilidad entre los trastornos mentales, especialmente en los trastornos del espectro ansioso y afectivo (Eaton et al., 2013). Este fenómeno, lejos de ser una mera coincidencia diagnóstica, pone en evidencia la artificialidad de las divisiones clínicas y sugiere que existe una base común –biológica, cognitiva, emocional y conductual– que atraviesa distintas manifestaciones clínicas. De modo que, procesos como la rumiación, la evitación experiencial, la intolerancia a la

incertidumbre o los estilos de apego desadaptativos se han identificado como factores transversales a múltiples condiciones psicológicas (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011; Aldao et al., 2010).

Desde una perspectiva clínica, el enfoque transdiagnóstico implica un giro metodológico y ético. El foco se desplaza desde la clasificación diagnóstica hacia la comprensión profunda de los procesos que sostienen el malestar psíquico de cada individuo. Esto implica una evaluación más flexible y contextual, una formulación del caso centrada en dinámicas funcionales y no en etiquetas, y una intervención que se oriente a la modificación de procesos compartidos, más allá de los síntomas específicos (Mansell et al., 2009). Esta concepción promueve un trabajo clínico más coherente con la complejidad de la experiencia humana y con los principios de individualización y respeto por la diversidad de trayectorias vitales.

Para los estudiantes de psicología clínica, comprender los fundamentos del enfoque transdiagnóstico representa una invitación a revisar críticamente los marcos con los que se ha formado la disciplina. En lugar de replicar modelos diagnósticos mecánicos, el clínico transdiagnóstico se posiciona como un observador activo de los patrones subyacentes al sufrimiento, capaz de reconocer las múltiples vías por las que un mismo proceso puede derivar en diferentes manifestaciones clínicas (McEvoy et al., 2013). Este modelo fomenta un pensamiento clínico más integrador, creativo y éticamente comprometido, capaz de articular teoría, evidencia y sensibilidad clínica.

En un contexto en el que la psicología clínica enfrenta desafíos crecientes –como el aumento en la prevalencia de trastornos mentales, la fragmentación del conocimiento y las demandas de eficacia terapéutica–, el enfoque transdiagnóstico ofrece una alternativa poderosa que responde tanto a las exigencias científicas como a las necesidades humanas de quienes buscan ayuda psicológica.

Comprender sus fundamentos no es simplemente una actualización técnica, sino una oportunidad para construir una clínica más reflexiva, crítica y transformadora.

A partir de estos fundamentos, resulta pertinente examinar las ventajas específicas que la evaluación transdiagnóstica ofrece frente al enfoque diagnóstico tradicional, tanto en términos de comprensión del malestar como de eficacia en la intervención clínica

4.1.2 Ventajas de la Evaluación Transdiagnóstica frente al Diagnóstico tradicional.

La evaluación psicológica ha estado históricamente ligada a sistemas diagnósticos categoriales, como el *DSM-5* y la *CIE-11*, que han organizado los trastornos mentales en entidades clínicas distintas, definidas por conjuntos específicos de síntomas. Esta perspectiva ha sido útil para establecer un lenguaje común entre profesionales, facilitar la investigación y diseñar protocolos de intervención. Sin embargo, desde una mirada crítica y clínica, este enfoque presenta serias limitaciones, alta comorbilidad entre trastornos, solapamiento sintomático, baja validez predictiva y una tendencia a ignorar los procesos psicológicos subyacentes que dan sentido al malestar (Eaton et al., 2013; Dalglish et al., 2020). En este contexto, la evaluación transdiagnóstica ha emergido como una alternativa teórica y práctica que ofrece notables ventajas frente al modelo tradicional.

Una de las principales fortalezas de la evaluación transdiagnóstica es su capacidad para captar los procesos comunes que atraviesan múltiples trastornos, como la rumiación, la evitación experiencial, la desregulación emocional o la intolerancia a la incertidumbre (Harvey et al., 2004; Aldao et al., 2010). Esta aproximación direcciona a ir más allá del síntoma observable para comprender las dinámicas psicológicas profundas que mantienen el sufrimiento, ofreciendo una visión más coherente y

comprensiva del sujeto. Frente a un diagnóstico categorial que etiqueta, la evaluación transdiagnóstica busca explicar.

Asimismo, esta perspectiva disminuye el riesgo de sobrediagnóstico y patologización excesiva. En muchos casos, las personas cumplen criterios para varios trastornos simultáneamente —como ocurre comúnmente con los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo—, lo que lleva a una acumulación de etiquetas que no necesariamente se traducen en mejores intervenciones (Kessler et al., 2005). La evaluación transdiagnóstica evita este problema al enfocarse en las funciones del comportamiento y en los mecanismos transversales que subyacen al conjunto sintomático. Esto resulta especialmente útil en contextos clínicos reales, donde los pacientes no suelen presentar perfiles “puros”, sino complejos, multifactoriales y cambiantes.

Otra ventaja es su utilidad para la formulación del caso y la intervención. Al identificar procesos disfuncionales transversales, el clínico puede diseñar tratamientos más personalizados, dinámicos y sostenibles, centrados en modificar aquellos mecanismos que tienen un mayor impacto en la vida del consultante (Barlow et al., 2016). Este enfoque también facilita la prevención de recaídas, ya que no se trata de suprimir síntomas aislados, sino de transformar patrones psicológicos subyacentes. En este sentido, el modelo transdiagnóstico favorece una clínica más flexible, adaptativa y respetuosa de la complejidad humana.

Para los estudiantes de psicología clínica, reflexionar sobre las ventajas de este enfoque no es un ejercicio meramente académico. Se trata de cuestionar críticamente los modelos con los que se ha formado la disciplina, reconociendo que el diagnóstico no debe ser un fin en sí mismo, sino un medio para comprender y acompañar mejor a quienes sufren. La evaluación transdiagnóstica representa un cambio de mirada, del síntoma al proceso, de la clasificación a la comprensión, de la etiqueta a la persona.

Aceptar este desafío implica asumir una responsabilidad ética y epistemológica, abandonar la comodidad de los manuales y abrirse a la incertidumbre creativa del pensamiento clínico complejo. Solo así será posible construir una psicología verdaderamente humana, sensible y transformadora.

4.2 Dimensiones y procesos necesarios en Evaluación Transdiagnóstica

La evaluación psicológica constituye el punto de partida para una comprensión profunda del sufrimiento humano y, por tanto, de toda intervención clínica responsable. No obstante, cuando esta evaluación se fundamenta exclusivamente en sistemas diagnósticos categoriales como el *DSM-5* o la *CIE-11*, corre el riesgo de reducir la complejidad del malestar psíquico a etiquetas diagnósticas que, muchas veces, no capturan los mecanismos que lo originan ni lo mantienen. En respuesta a estas limitaciones, la evaluación transdiagnóstica se erige como una alternativa teórica y práctica que prioriza el análisis de dimensiones y procesos psicológicos compartidos entre distintos trastornos, para una comprensión más integradora, funcional y contextualizada del padecimiento mental (Dalglish et al., 2020; Barlow et al., 2016).

Lejos de ser una simple técnica complementaria, la evaluación transdiagnóstica exige un cambio epistemológico en la forma en que se concibe la psicopatología. Este modelo desplaza el foco de atención del "qué tiene el paciente" (etiqueta) al "cómo funciona su malestar" (proceso), identificando patrones como la desregulación emocional, la rumiación, la evitación experiencial o la intolerancia a la incertidumbre, entre otros (Harvey et al., 2004; Aldao et al., 2010). Dichas dimensiones, en lugar de actuar como marcadores diagnósticos aislados, son vistas como dinámicas interactivas que se entrelazan con las historias vitales, el contexto relacional y los estilos de afrontamiento del individuo.

Para los estudiantes de psicología clínica, adentrarse en las dimensiones y procesos de la evaluación transdiagnóstica implica ir más allá del aprendizaje mecánico de criterios diagnósticos. Supone desarrollar una mirada clínica más fina, sensible y funcional, que logre captar no solo lo que el paciente presenta, sino cómo, por qué y para qué se estructura su malestar. En este sentido, evaluar procesos transdiagnósticos requiere herramientas clínicas refinadas, habilidades de observación contextual y, sobre todo, una actitud ética de respeto por la singularidad de cada sujeto (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011).

Comprender las dimensiones implicadas –como la activación fisiológica, la evitación cognitiva, el perfeccionismo clínico o la sensibilidad a la amenaza– y los procesos que las articulan, es fundamental para formular casos clínicos más precisos, diseñar intervenciones más efectivas y evitar el reduccionismo de las clasificaciones tradicionales. La evaluación transdiagnóstica no es un rechazo a la clasificación diagnóstica, sino una superación crítica de sus límites, orientada a una psicología más coherente con la realidad clínica, la evidencia científica y los derechos de las personas que consultan.

4.2.1 Evitación experiencial, Regulación emocional, Rumiación cognitiva, Intolerancia a la incertidumbre.

En el contexto de la psicología clínica contemporánea, existe un creciente consenso respecto a que los trastornos mentales no pueden comprenderse ni abordarse únicamente desde una perspectiva sintomática o categorial. Cada vez es más evidente que existen procesos psicológicos que atraviesan múltiples formas de malestar, funcionando como mecanismos de vulnerabilidad o mantenimiento. Entre ellos destacan la evitación experiencial, la desregulación emocional, la rumiación cognitiva y la intolerancia a la incertidumbre. Estos procesos, considerados transdiagnósticos, son esenciales para comprender la dinámica del sufrimiento humano y para

repensar la intervención clínica desde un enfoque funcional, integrador y ético (Harvey et al., 2004; Barlow et al., 2016).

La evitación experiencial se refiere a la tendencia a evitar pensamientos, emociones, recuerdos o sensaciones internas que resultan aversivos, incluso cuando esta evitación implica un alto costo funcional (Hayes et al., 1996). Este patrón está presente en trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo, el estrés postraumático y las adicciones. Si bien evitar lo doloroso parece adaptativo a corto plazo, clínicamente se ha demostrado que esta estrategia intensifica el sufrimiento al impedir el procesamiento emocional y limitar el repertorio conductual del individuo (Chawla & Ostafin, 2007). Para los futuros psicólogos clínicos, es vital cuestionar la naturalización cultural de esta evitación –reforzada por discursos que promueven el “positivismo emocional”– y entender que aceptar la experiencia interna, sin juzgarla ni evitarla, constituye un acto terapéutico profundo.

La regulación emocional, por su parte, es un constructo complejo que involucra la habilidad para influir en qué emociones se experimentan, cuándo y cómo se expresan (Gross, 2015). Las dificultades en la regulación emocional no solo son comunes en múltiples cuadros clínicos (depresión, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos límite de la personalidad), sino que también configuran un eje transversal en la clínica transdiagnóstica. Estrategias desadaptativas como la supresión emocional o la evitación cognitiva tienden a perpetuar los síntomas y a generar ciclos de auto-rechazo. Por ello, formar clínicos sensibles a la función de la emoción y no solo a su supresión, implica desarrollar una mirada crítica frente a intervenciones que refuercen el control emocional como objetivo último, en lugar de fomentar la aceptación, la compasión y la flexibilidad.

La rumiación cognitiva –caracterizada por la repetición involuntaria y pasiva de pensamientos negativos centrados

en el pasado o el estado emocional presente– constituye uno de los predictores más consistentes de la cronicidad depresiva y de la comorbilidad entre trastornos del ánimo y ansiedad (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Su carácter aparentemente reflexivo puede engañar, ya que más que generar soluciones, la rumiación estanca al sujeto en ciclos de autoevaluación negativa, intensificando la angustia. Su presencia clínica obliga al profesional a diferenciar entre pensar y *sobrepensar*, y a intervenir no solo en el contenido del pensamiento, sino también en su estilo y función. Promover habilidades de defusión cognitiva, atención plena y autocompasión puede ser más efectivo que la mera reestructuración racional.

Finalmente, **la intolerancia a la incertidumbre**, definida como la tendencia a reaccionar negativamente ante situaciones ambiguas o impredecibles, se ha consolidado como un factor importante en la génesis y mantenimiento de trastornos como la ansiedad generalizada, el TOC y los trastornos alimentarios (Carleton, 2016). En una cultura que exalta el control y la previsibilidad, enseñar a los pacientes a tolerar lo incierto representa una tarea contracultural y terapéuticamente transformadora. Para los estudiantes de psicología clínica, reconocer la intolerancia a la incertidumbre no solo como una variable clínica sino como una expresión cultural, invita a preguntarse ¿estamos formando clínicos para controlar el sufrimiento o para acompañar a vivir con él de manera significativa?

En suma, estos procesos –evitación experiencial, desregulación emocional, rumiación cognitiva e intolerancia a la incertidumbre– son mucho más que constructos teóricos. Son mapas de la experiencia humana que, cuando son comprendidos en su profundidad, se formulan intervenciones que no buscan eliminar el malestar, sino resignificarlo. Para los futuros profesionales de la salud mental, adoptar este enfoque implica asumir una práctica clínica más humana, crítica y transformadora.

Una vez identificados y comprendidos los procesos psicológicos transdiagnósticos que subyacen al malestar clínico, resulta indispensable contar con herramientas específicas que evalúen de manera rigurosa y contextualizada. En esta línea, el apartado siguiente examina los instrumentos desarrollados para la evaluación de dichos procesos, destacando su utilidad en la práctica clínica contemporánea

4.3 Instrumentos para la Evaluación Transdiagnóstica (p.ej., Cuestionarios sobre Procesos Transdiagnósticos).

En el marco de una psicología clínica cada vez más comprometida con la comprensión integral del sufrimiento humano, los instrumentos tradicionales de evaluación diagnóstica –anclados en la clasificación categorial de trastornos– comienzan a mostrar límites significativos. Las pruebas convencionales, centradas en identificar síndromes específicos, tienden a fragmentar la experiencia clínica, sin considerar los mecanismos subyacentes que configuran la expresión sintomática. Frente a esta limitación, la evaluación transdiagnóstica propone un enfoque alternativo, no centrarse en qué trastorno tiene el paciente, sino en cómo funciona su malestar psicológico. Para ello, se han desarrollado instrumentos específicos que evalúen procesos psicológicos compartidos entre múltiples trastornos, aportando una comprensión más funcional, dimensional y contextualizada (Barlow et al., 2016; Dalglish et al., 2020).

Uno de los avances más significativos en esta dirección es la creación de cuestionarios que evalúan procesos transdiagnósticos como la rumiación, la evitación experiencial, la regulación emocional, la sensibilidad a la amenaza o la intolerancia a la incertidumbre. Una prueba ampliamente validada es el *Perseverative Thinking Questionnaire* (PTQ), desarrollado por Ehrling et al. (2011), que mide el pensamiento repetitivo negativo de manera independiente al contenido del trastorno, evidenciando su utilidad tanto en ansiedad como en depresión. Este tipo de

herramientas trasciende los límites diagnósticos tradicionales e identifican patrones cognitivos y emocionales centrales en la experiencia clínica del paciente.

Otro instrumento relevante es el *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004), que evalúa múltiples dimensiones de la regulación emocional, como la conciencia, la claridad emocional o la impulsividad. Su uso en diversas investigaciones ha demostrado su poder predictivo para diferentes psicopatologías, confirmando que la desregulación emocional no pertenece a un único trastorno, sino que es un mecanismo compartido y clínicamente relevante. De igual forma, escalas como la *Acceptance and Action Questionnaire-II* o AAQ-II (Bond et al., 2011), utilizada para evaluar la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, han sido ampliamente empleadas en modelos de tercera ola como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), aportando evidencia sobre su impacto transdiagnóstico.

No obstante, el entusiasmo por estos instrumentos no debería anular una reflexión crítica sobre su uso. En primer lugar, la proliferación de escalas puede llevar a una sobrepsicometrización del sufrimiento humano, donde los procesos se convierten en variables cuantificables desligadas de la historia vital y del contexto del paciente. En segundo lugar, algunos de estos instrumentos aún carecen de adaptaciones culturalmente sensibles o de análisis rigurosos de validez incremental frente a los métodos clínicos cualitativos. Finalmente, el riesgo de utilizar estos cuestionarios como sustitutos de la entrevista clínica o la formulación del caso debe ser seriamente considerado la evaluación transdiagnóstica, para ser ética y efectiva, requiere integrar instrumentos con juicio clínico, escucha empática y análisis contextual.

Para los estudiantes de psicología clínica, estos instrumentos representan una herramienta poderosa pero no autónoma. Su valor reside en cómo se integran dentro de una

formulación comprensiva del caso, que contemple no solo los síntomas ni los procesos en abstracto, sino también las trayectorias personales, los recursos del paciente y las condiciones de su entorno. Evaluar procesos transdiagnósticos no es simplemente llenar cuestionarios, es adentrarse en los mecanismos más íntimos de la subjetividad, con respeto, rigor y sentido clínico.

4.4 Integración Transdiagnóstica en la Formulación de casos complejos

En la práctica clínica, los casos complejos no se presentan como categorías diagnósticas puras ni como listas ordenadas de síntomas. Se manifiestan como configuraciones dinámicas de malestar, atravesadas por factores biográficos, contextuales, emocionales y culturales que desafían los límites de los sistemas categoriales tradicionales. En este escenario, la formulación clínica adquiere un rol fundamental, colabora con el profesional construir una comprensión profunda y funcional del caso, integrando los datos disponibles en un modelo explicativo coherente, orientado al cambio. Sin embargo, cuando la formulación se limita a repetir etiquetas diagnósticas o a describir síntomas desconectados de sus funciones y antecedentes, pierde su potencia terapéutica. Por ello, integrar el enfoque transdiagnóstico en la formulación de casos complejos no solo representa una actualización teórica, sino una necesidad ética y epistemológica en la psicología clínica contemporánea (Kuyken et al., 2009; Dalglish et al., 2020).

El enfoque transdiagnóstico en la formulación trasciende las fronteras artificiales impuestas por los manuales diagnósticos, al centrarse en los procesos psicológicos comunes que subyacen a múltiples trastornos –como la evitación experiencial, la desregulación emocional, la rumiación cognitiva o la intolerancia a la incertidumbre– (Harvey et al., 2004; Barlow et al., 2016). Esta perspectiva resulta especialmente útil en los casos complejos,

caracterizados por alta comorbilidad, historias de trauma, síntomas fluctuantes y múltiples determinantes interpersonales o sociales. Al integrar dimensiones transdiagnósticas, el clínico puede construir una formulación más flexible, coherente y adaptada a la singularidad del paciente, sin forzar su experiencia a encajar en categorías cerradas.

Además, esta integración transforma la formulación en una herramienta colaborativa y terapéutica. No se trata de diagnosticar desde fuera, sino de comprender desde dentro, de co-construir con el paciente una narrativa que dé sentido a su sufrimiento y abra posibilidades de cambio. En este sentido, la formulación transdiagnóstica no solo organiza la información clínica, sino que dignifica la historia del sujeto, conecta sus síntomas con sus recursos, y diseña intervenciones centradas en los procesos que realmente sostienen el malestar (Mansell et al., 2009).

Para los estudiantes de psicología clínica, reflexionar sobre esta integración es fundamental. Implica aprender a formular casos más allá del diagnóstico, a mirar los patrones funcionales detrás del síntoma y a reconocer que una clínica verdaderamente compleja no se resuelve con etiquetas, sino con escucha activa, pensamiento crítico y sensibilidad a los procesos. Integrar lo transdiagnóstico en la formulación no es solo una estrategia técnica, sino una invitación a ejercer una clínica más humana, contextual y transformadora.

4.4.1 Cómo realizar una Formulación Transdiagnóstica paso a paso.

En el ejercicio clínico, la formulación del caso no debe limitarse a una reiteración de etiquetas diagnósticas o a una descripción sintomática superficial. La formulación es, en esencia, un proceso clínico reflexivo que integra múltiples fuentes de información con el fin de comprender la lógica

del sufrimiento de un paciente: su origen, mantenimiento y posibilidades de cambio. En este contexto, la formulación transdiagnóstica emerge como una herramienta esencial para comprender casos complejos, abordando no solo “qué tiene el paciente”, sino “cómo funciona su malestar”. Este modelo se centra en procesos psicológicos compartidos entre trastornos, con una mirada más coherente, dinámica y personalizada de la psicopatología (Barlow et al., 2016; Kuyken et al., 2009).

a. Recoger información contextual e histórica

Todo proceso de formulación debe partir de una evaluación exhaustiva de la historia vital del paciente: eventos traumáticos, vínculos tempranos, experiencias educativas, condiciones socioeconómicas, cultura y creencias. Desde la perspectiva transdiagnóstica, esta etapa no busca únicamente “cumplir” con el protocolo, sino contextualizar el malestar en la biografía del sujeto. Aquí es fundamental comprender cómo ciertos aprendizajes, relaciones o eventos significativos han contribuido a la instalación de esquemas cognitivos, estilos de afrontamiento o patrones emocionales desadaptativos (Dalglish et al., 2020). La historia del paciente es inseparable de los procesos que hoy lo aquejan.

b. Identificar procesos psicológicos transdiagnósticos relevantes

El segundo paso implica detectar qué procesos –de entre aquellos identificados como transdiagnósticos– están activos en el caso particular. Entre los más estudiados se encuentran la rumiación cognitiva, la evitación experiencial, la desregulación emocional, el perfeccionismo clínico, la hiperactivación del sistema de amenaza y la intolerancia a la incertidumbre (Harvey et al., 2004; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). La consigna primordial aquí es observar cómo estos procesos se manifiestan de forma funcional en el día a día del paciente ¿qué hace?, ¿qué evita?, ¿cómo

interpreta lo que le sucede?, ¿qué consecuencias tiene esto para su vida?

c. Analizar la función del síntoma dentro del sistema personal

Uno de los aportes más valiosos de la formulación transdiagnóstica es que no busca erradicar el síntoma sin antes comprender su función. Todo síntoma cumple un rol adaptativo, aunque disfuncional. Por ejemplo, una persona que evita reuniones sociales no solo presenta un "síntoma de fobia social", sino que posiblemente esté regulando una sobrecarga emocional asociada a experiencias de humillación previas. La formulación debe, entonces, mapear los circuitos funcionales que mantienen el malestar: antecedentes, desencadenantes, pensamientos automáticos, conductas de afrontamiento y consecuencias emocionales y sociales (Mansell et al., 2009). Este mapa emerge para diseñar una intervención significativa.

d. Construir una hipótesis integradora y flexible

A partir de la información recabada, el clínico debe elaborar una hipótesis comprensiva del funcionamiento psicológico del paciente, articulando los procesos transdiagnósticos en juego. Esta hipótesis no es estática, sino una construcción dinámica, abierta a ser revisada a medida que se avanza en el proceso terapéutico. La formulación debe responder a preguntas: ¿cómo se originó el malestar?, ¿qué lo mantiene?, ¿qué lo agrava o lo amortigua?, ¿qué patrones se repiten en distintas áreas de su vida? Esta mirada no solo orienta la terapia, sino que también otorga sentido y agencia al paciente, al asegurar su comprensión de su experiencia de forma organizada y coherente.

e. Diseñar una intervención centrada en procesos

La formulación transdiagnóstica debe culminar en un plan de intervención dirigido no a los diagnósticos, sino a los procesos disfuncionales identificados. Esto puede implicar técnicas centradas en la regulación emocional, entrenamiento en aceptación, trabajo sobre la metacognición, exposición con prevención de respuesta, entre otros. Lo fundamental es que el tratamiento se construya a partir del caso y no a partir de un protocolo rígido. Este paso reafirma que la formulación no es un ejercicio intelectual, sino una guía ética y técnica para transformar el sufrimiento en posibilidad de cambio (Sauer-Zavala et al., 2017).

A manera de reflexión final para los estudiantes de psicología clínica, aprender a formular desde una perspectiva transdiagnóstica implica cambiar el foco de la clínica, ya no se trata de “nombrar” el malestar, sino de comprenderlo en profundidad. Supone pasar de la repetición diagnóstica a la construcción reflexiva; de la aplicación de recetas a la comprensión del sufrimiento en su singularidad. Esta forma de trabajo requiere pensamiento crítico, sensibilidad clínica y compromiso con una psicología que no solo mida, sino que escuche. Formarse en formulación transdiagnóstica es formarse en una clínica más humana, ética y transformadora

4.4.2 Aplicaciones clínicas: Ansiedad, Depresión, Trastornos somáticos y otros

Los desafíos actuales de la psicología clínica requieren intervenciones cada vez más integradoras, sensibles a la complejidad del malestar humano y alejadas de modelos fragmentados que reducen al sujeto a una categoría diagnóstica rígida. La alta comorbilidad entre trastornos del ánimo, de ansiedad y trastornos somatomorfos, así como la presencia de síntomas fluctuantes y mecanismos compartidos, ha generado un cuestionamiento profundo a los enfoques categoriales tradicionales, como los propuestos por el *DSM-5* o la *CIE-11* (Kessler et al., 2005;

Dalgleish et al., 2020). Frente a este panorama, el enfoque transdiagnóstico ofrece una alternativa teórica y práctica que analiza e interviene sobre procesos psicológicos comunes, brindando herramientas clínicas más eficaces, flexibles y centradas en la funcionalidad del síntoma.

Uno de los aportes más relevantes del modelo transdiagnóstico es su capacidad para intervenir de manera transversal en múltiples cuadros clínicos a través de una misma lógica terapéutica. Como muestra de ello, en los trastornos de ansiedad –incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y las fobias– es común identificar procesos como la *intolerancia a la incertidumbre*, el *sesgo atencional hacia la amenaza* y la *evitación experiencial* (Carleton, 2016; Barlow et al., 2016). La intervención, en este marco, no se limita a eliminar el síntoma (las crisis de pánico), sino que apunta a modificar la relación del sujeto con sus experiencias internas, facilitando la exposición progresiva a la incertidumbre y al malestar emocional.

De manera similar, en los cuadros depresivos, el modelo transdiagnóstico centran la intervención en mecanismos como la *rumiación cognitiva*, el *aislamiento conductual* y la *desregulación emocional*. Nolen-Hoeksema et al. (2008) demostraron que la rumiación es un potente predictor del inicio y mantenimiento de la depresión, más allá del diagnóstico específico. Por tanto, intervenir en este proceso – mediante estrategias como la activación conductual, el entrenamiento en mindfulness y la aplicación de técnicas de defusión cognitiva, orientadas a modificar la relación del paciente con sus experiencias internas de manera más flexible y adaptativa – reduciendo la intensidad del malestar y prevenir recaídas, sin necesidad de encasillar al paciente en un diagnóstico específico.

Los *trastornos somatomorfos* también se benefician notablemente de este enfoque. La atención excesiva al cuerpo, la interpretación catastrófica de las sensaciones

físicas y la conducta de búsqueda de seguridad son procesos compartidos en el trastorno de somatización, la hipocondría y el trastorno de ansiedad por enfermedad (Brown & Barlow, 2009). En lugar de cuestionar la "veracidad" del síntoma físico, la intervención transdiagnóstica trabaja en la regulación de la ansiedad interoceptiva, la reestructuración de creencias disfuncionales y la exposición a sensaciones físicas temidas. Esto implica una clínica más empática y menos medicalizante, que valida el sufrimiento sin reducirlo a un mero error perceptivo.

Para los estudiantes de psicología clínica, comprender estas aplicaciones no es solo un ejercicio técnico, sino una oportunidad para repensar el rol del terapeuta. El modelo transdiagnóstico invita a abandonar la lógica de la "corrección sintomática" y asumir una postura clínica centrada en procesos funcionales, en el contexto de la historia de vida del paciente. Esto requiere una actitud crítica frente a los manuales diagnósticos y una apertura hacia intervenciones más flexibles, coherentes y culturalmente sensibles. Es, en última instancia, un llamado a ejercer una psicología que no solo trate enfermedades, sino que acompañe personas en sus múltiples formas de sufrir y de resistir.

4.4.3 Ejemplos clínicos prácticos comentados

Tras haber desarrollado los fundamentos conceptuales y clínicos del enfoque transdiagnóstico, así como sus implicaciones para la formulación de casos complejos, resulta pertinente ilustrar su aplicación concreta mediante casos clínicos. El presente subapartado ofrece casos comentados que observan cómo los principios teóricos previamente expuestos se traducen en estrategias evaluativas e intervenciones prácticas dentro de contextos clínicos reales.

El análisis funcional constituye una herramienta central en la evaluación y la intervención clínica contemporánea, entendiendo a la conducta humana no como un fenómeno aislado, sino como el resultado de complejas interacciones entre el individuo y su entorno (Haynes & O'Brien, 2000). Su relevancia radica en ofrecer una mirada dinámica y contextualizada del comportamiento, desplazándose más allá de los diagnósticos categoriales tradicionales hacia una comprensión más profunda de los factores que mantienen, desencadenan o modulan las conductas problema (Haynes, 2016).

No obstante, a pesar de su importancia teórica, en la práctica clínica diaria, la aplicación del análisis funcional puede resultar desafiante. Ello se debe a la necesidad de integrar múltiples fuentes de información –entrevistas clínicas, observación conductual, registros diarios y autoinformes– en un esquema coherente que guíe la toma de decisiones terapéuticas (Carr, 1994). De ahí que la revisión de casos clínicos prácticos comentados se convierta en un recurso formativo invaluable para estudiantes y profesionales en formación, observando la lógica del análisis funcional aplicada a situaciones reales, con todas sus complejidades, matices y limitaciones.

A través de ejemplos clínicos detallados, se evidencia cómo identificar antecedentes, conductas y consecuencias (Modelo ABC), formular hipótesis funcionales robustas, y diseñar estrategias de intervención adaptadas a las particularidades de cada caso (O'Neill et al., 2015). Además, el análisis crítico de estos casos no solo enriquece el aprendizaje técnico, sino que también invita a reflexionar sobre el papel ético del clínico al interpretar datos, intervenir sobre conductas y respetar la singularidad de cada historia de vida (Luiselli, 2020).

La redactora pretende acercar al lector a la praxis del análisis funcional mediante casos clínicos comentados que ilustren su aplicación concreta en problemáticas como ansiedad,

depresión, trastornos de conducta y dificultades adaptativas. Cada caso será presentado de manera estructurada, seguido de un comentario analítico que discuta tanto los aciertos como las dificultades encontradas en el proceso evaluativo e interventivo, fomentando una comprensión crítica y reflexiva que trascienda la mera técnica.

Comprender y dominar el análisis funcional desde la experiencia clínica real no solo mejora la precisión diagnóstica y la eficacia terapéutica, sino que también potencia la capacidad del profesional para abordar la complejidad humana con sensibilidad, rigor metodológico y creatividad clínica (Haynes, 2016; O'Neill et al., 2015). Por ello, invitamos al lector a sumergirse en los casos que a continuación se presentan, como un ejercicio de integración entre teoría, práctica y reflexión ética indispensable en la formación clínica actual.

4.4.3.1 Análisis de casos utilizando Análisis funcional

Caso de ansiedad social en adolescente

Presentación del caso: María, una adolescente de 16 años, fue remitida al servicio de psicología clínica por su profesora de lenguaje, quien observó conductas de aislamiento, evitación de exposiciones orales y crisis de llanto antes de participar en actividades grupales. La madre reportó que María “siempre ha sido tímida”, pero que en los últimos seis meses las conductas de evitación se habían intensificado, afectando su desempeño académico y su vida social.

Recopilación de información: Se realizaron entrevistas semiestructuradas con la paciente y su madre, así como una observación directa en el contexto escolar. Además, se aplicó el Inventario de Ansiedad Social para Adolescentes (SIAS) como medida complementaria.

Conducta problema identificada:

- Evitación de interacciones sociales (no participar en exposiciones, alejarse en recreos).
- Llanto, sudoración excesiva y verbalizaciones de “no puedo hacerlo” antes de actividades públicas.

Tabla 11

Análisis funcional (Modelo ABC)

Elemento	Descripción
Antecedente (A)	Petición de hablar en público o participación en grupos.
Conducta (B)	Evitación activa (no asistir, llorar, pedir no participar).
Consecuencia (C)	Remoción de la tarea (profesores no la obligaban a participar), reducción inmediata de ansiedad.

Nota. Elaborada por autora

Hipótesis funcional: Se plantea que las conductas de evitación de María son mantenidas por el refuerzo negativo, al evitar la exposición pública, disminuye momentáneamente su ansiedad, reforzando el patrón de evitación. Este proceso, a su vez, incrementa su malestar anticipatorio para futuras situaciones sociales (Haynes & O'Brien, 2000; O'Neill et al., 2015).

Formulación clínica: Desde una perspectiva funcional, la problemática de María no se reduce a la presencia de "ansiedad" como etiqueta diagnóstica, sino que se entiende como un patrón aprendido de evitación reforzado por la disminución inmediata del malestar. Esta conceptualización invita a diseñar intervenciones basadas en la exposición gradual y en el fortalecimiento de habilidades sociales, abordando las contingencias que mantienen el problema (Luiselli, 2020).

Diseño de intervención basado en el análisis funcional. La intervención propuesta incluye:

- Entrenamiento en habilidades sociales en contextos controlados.
- Exposición jerarquizada a situaciones sociales temidas, iniciando con tareas de baja ansiedad.
- Refuerzo positivo por aproximaciones exitosas (elogios, puntos canjeables).
- Técnicas de manejo de ansiedad, como respiración diafragmática.

Comentario crítico: Este caso ilustra la importancia de no asumir que la conducta problema es un "síntoma interno" exclusivamente, sino de analizar su función en el contexto relacional. A menudo, las intervenciones que ignoran la función de la conducta (enfocándose solo en la verbalización de pensamientos negativos sin enfrentar conductas de evitación) terminan siendo menos eficaces o incluso reforzando involuntariamente el patrón problema (Haynes, 2016). El análisis funcional no solo dirige el "qué hacer", sino que ofrece criterios claros para evaluar si la intervención está modificando los mecanismos de mantenimiento reales.

4.4.3.2 Análisis de casos utilizando un modelo transdiagnóstico.

El análisis de casos desde la perspectiva transdiagnóstica se fundamenta en la identificación de procesos psicológicos comunes que atraviesan diversos cuadros clínicos. Más allá de los síntomas aislados, este enfoque busca reconocer los mecanismos que sostienen el malestar –como la desregulación emocional, la rumiación, la evitación experiencial o los patrones cognitivos disfuncionales– y que, al mismo tiempo, explican la elevada comorbilidad entre trastornos (Barlow et al., 2016; Dalgleish et al., 2020). Abordar un caso desde esta mirada no implica negar la utilidad de las categorías diagnósticas, sino enriquecer la formulación clínica mediante una comprensión dimensional y procesual de la psicopatología.

En este marco, el estudio de un caso se convierte en una oportunidad para mostrar cómo los procesos compartidos se expresan en la vida cotidiana del consultante, orientando una intervención que prioriza la flexibilidad y la eficacia terapéutica. De este modo, el modelo transdiagnóstico no solo favorece la detección de factores de mantenimiento del malestar, sino que también potencia la construcción de estrategias clínicas adaptadas a las necesidades particulares de cada persona (Schaeuffele et al., 2024; Linardon et al., 2025).

Caso de ansiedad social en adolescente: Formulación transdiagnóstica

Presentación del caso: María, de 16 años, acude a consulta tras ser referida por su profesora debido a conductas de evitación social, crisis de llanto y deterioro académico. La madre refiere que María ha mostrado rasgos de timidez desde la infancia, pero recientemente se han intensificado los episodios de malestar ante situaciones grupales. Además de la ansiedad anticipatoria, se observa aislamiento progresivo, pérdida de interés en actividades escolares y sentimientos de inferioridad.

Evaluación y recolección de datos: Se llevaron a cabo entrevistas clínicas semiestructuradas con María y su madre, observaciones naturales en el contexto escolar, y la administración de cuestionarios de autoinforme, incluyendo el *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS) y el *Patient Health Questionnaire for Adolescents* (PHQ-A).

Dimensiones clínicas relevantes (más allá de diagnósticos tradicionales). Desde un enfoque transdiagnóstico, se consideran **procesos emocionales y cognitivo-conductuales** comunes a diversas psicopatologías (Harvey et al., 2004):

Evitación experiencial: Tendencia a evitar estímulos internos aversivos (ansiedad, vergüenza).

Intolerancia a la incertidumbre: Malestar ante situaciones sociales impredecibles.

Autocrítica elevada: Patrones de autoevaluación negativa persistente.

Desregulación emocional: Dificultades para modular la activación fisiológica y los afectos negativos.

Tabla 12

Formulación transdiagnóstica

Componente	Descripción aplicada al caso
-------------------	-------------------------------------

Activadores	Exposición anticipada o real a situaciones sociales de evaluación.
Procesos emocionales disfuncionales	Ansiedad intensa, vergüenza, temor a la evaluación negativa.
Procesos cognitivos disfuncionales	Pensamientos automáticos de incapacidad ("no soy capaz", "se burlarán de mí").
Procesos conductuales disfuncionales	Evitación de actividades sociales, aislamiento, conductas de escape (llanto).
Mantenimiento	Alivio inmediato de la ansiedad tras evitar, reforzando la evitación (refuerzo negativo).
Consecuencias a largo plazo	Aumento de autoimagen negativa, pérdida de habilidades sociales, riesgo de trastornos depresivos.

Nota. Elaborada por autora

De acuerdo con Mansell et al. (2009), estos procesos no son exclusivos de la ansiedad social, sino que atraviesan múltiples categorías clínicas, haciendo más útil intervenir sobre ellos directamente.

Diseño de intervención basado en el modelo transdiagnóstico. La intervención propuesta incluye:

Psicoeducación sobre los procesos transdiagnósticos (evitación experiencial, intolerancia a la incertidumbre, autocrítica).

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Fomentar la aceptación emocional y el compromiso con valores personales (Hayes et al., 2012b).

Exposición con prevención de respuesta: Exponerse a situaciones sociales sin utilizar estrategias de escape o evitación.

Entrenamiento en regulación emocional: Técnicas de mindfulness, respiración diafragmática y reestructuración cognitiva basada en flexibilidad psicológica.

Promoción de autocompasión: Trabajar sobre la reducción de la autocrítica severa (Neff, 2011).

Comentario crítico: Abordar el caso de María desde una perspectiva transdiagnóstica ayuda a superar las limitaciones de un tratamiento exclusivamente centrado en el diagnóstico de “ansiedad social”. Se reconoce que su sufrimiento no se explica por un trastorno aislado, sino por la interacción de procesos emocionales, cognitivos y conductuales disfuncionales compartidos con otros cuadros clínicos (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Además, este enfoque favorece intervenciones más flexibles, adaptadas a las necesidades reales del paciente, y potencia el desarrollo de habilidades transversales de afrontamiento y regulación emocional que resultan efectivas en diversas áreas de su vida.

El análisis del caso de María evidencia la riqueza y necesidad de integrar distintos marcos conceptuales en la práctica clínica contemporánea. Tanto el enfoque funcional como el transdiagnóstico resaltan las limitaciones de una visión categorial tradicional, ofreciendo comprensiones más dinámicas, procesuales y contextualizadas del sufrimiento humano.

Desde el análisis funcional, se destaca la importancia de identificar contingencias específicas que mantienen las conductas problema, reconociendo que las acciones del paciente tienen sentido dentro de su contexto de aprendizaje y que modificar estos patrones implica actuar sobre antecedentes, conductas y consecuencias de manera estratégica (Haynes & O'Brien, 2000). Por su parte, el modelo transdiagnóstico aporta una perspectiva que trasciende las etiquetas diagnósticas, enfocándose en procesos emocionales, cognitivos y conductuales comunes a múltiples cuadros clínicos, que concede intervenciones más amplias,

flexibles y adaptadas a las necesidades particulares del paciente (Harvey et al., 2004; Mansell et al., 2009).

Integrar ambas aproximaciones –funcional y transdiagnóstica– no solo facilita una evaluación más precisa, sino que también promueve intervenciones más eficaces, éticamente sensibles y centradas en el cambio de procesos fundamentales que sostienen el malestar psicológico, más allá de la mera reducción sintomática.

4.5 Recomendaciones para el Psicólogo clínico

Adoptar un enfoque de evaluación multimodal: Utilizar entrevistas clínicas, observación conductual, autoinformes y registros diarios para captar las múltiples dimensiones del funcionamiento del paciente (Haynes, 2016).

Formular hipótesis funcionales claras: Antes de iniciar cualquier intervención, identificar con precisión los antecedentes, conductas y consecuencias, recordando que la conducta siempre tiene una función adaptativa desde la perspectiva del individuo.

Pensar en procesos, no solo en etiquetas: Considerar que síntomas como la evitación, la autocrítica o la intolerancia emocional pueden subyacer a múltiples trastornos y deben ser abordados como objetivos terapéuticos centrales (Harvey et al., 2004).

Diseñar intervenciones flexibles y procesuales: Crear planes terapéuticos que no dependan estrictamente del diagnóstico DSM-5, sino de la modificación de procesos disfuncionales detectados en la formulación clínica.

Promover la autoobservación y la autocompasión en los pacientes: Enseñar al paciente a identificar sus patrones de evitación, pensamiento rígido o autocrítico, fortaleciendo su capacidad de autoevaluación compasiva y regulación emocional (Neff, 2011).

Mantener una postura clínica crítica y ética: Cuestionar continuamente las propias hipótesis, evaluar la efectividad real de las intervenciones y actuar desde el respeto por la singularidad de cada historia personal (Luiselli, 2020).

Formarse continuamente en modelos integrativos: Estar actualizado en enfoques como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Focalizada en la Emoción (EFT), o los modelos de regulación emocional transdiagnósticos que enriquecen el repertorio clínico.

Abordar los casos clínicos desde una perspectiva funcional y transdiagnóstica no solo amplía las posibilidades de intervención efectiva, sino que posiciona al psicólogo como un agente de cambio sensible, crítico y comprometido con el sufrimiento humano en toda su complejidad.

4.6 Orientaciones prácticas para una Evaluación psicológica Integral e Integradora.

1. Adoptar una perspectiva multinivel

- Integrar diversos niveles de evaluación: cribado inicial (primer nivel), diagnóstico específico (segundo nivel), análisis funcional y formulación clínica, hasta llegar al enfoque transdiagnóstico.
- Comprender que cada nivel cumple una función específica: detección temprana, diagnóstico preciso, comprensión funcional y planificación integradora.

2. **Seleccionar instrumentos válidos y culturalmente adecuados**

- Utilizar cuestionarios breves y escalas psicométricas estandarizadas con sentido crítico.
- Complementar los instrumentos con entrevistas clínicas estructuradas o semiestructuradas, atendiendo al contexto sociocultural del evaluado.

3. **Contextualizar los hallazgos diagnósticos**

- No interpretar resultados psicométricos de forma aislada, deben integrarse con observaciones clínicas, entrevistas y datos del entorno del paciente.
- Evitar reduccionismos diagnósticos o patologización innecesaria de la conducta.

4. **Aplicar un enfoque funcional y personalizado**

- Realizar análisis funcional de la conducta problema (modelo A-B-C, formulación integrativa).
- Evaluar no solo qué síntomas presenta el paciente, sino cómo, por qué y en qué contexto se manifiestan.

5. **Incorporar el modelo transdiagnóstico**

- Identificar **procesos** subyacentes comunes a distintos trastornos (p. ej., rumiación, evitación experiencial).
- Formular el caso clínico desde una perspectiva dimensional y procesual, útil para intervenir de forma más eficaz en problemas complejos o comórbidos.

4.7 Competencias necesarias del Psicólogo clínico para una Evaluación integral

a. Competencia técnica

- Dominio en la administración, puntuación e interpretación de pruebas psicométricas y entrevistas clínicas.
- Capacidad para seleccionar herramientas apropiadas según el caso y el contexto.

b. Juicio clínico y pensamiento crítico

- Habilidad para interpretar datos con objetividad, evitando sesgos cognitivos y generalizaciones precipitadas.
- Capacidad para formular hipótesis clínicas e integrarlas coherentemente en la comprensión del caso.

c. Sensibilidad ética y cultural

- Respeto por la dignidad, autonomía y diversidad del paciente.
- Adaptación de la evaluación a factores culturales, sociales y personales, reconociendo limitaciones de las herramientas estándar.

d. Habilidades comunicativas

- Capacidad para establecer una relación empática y colaborativa con el paciente.
- Claridad y precisión al comunicar resultados y orientar intervenciones posteriores.

e. Trabajo interdisciplinario

- Disposición para colaborar con otros profesionales de salud en el proceso diagnóstico y terapéutico.
- Integración de saberes médicos, sociales y educativos cuando el caso lo requiera.

Estas orientaciones, junto con las competencias descritas, constituyen los pilares de una evaluación psicológica clínica contemporánea, que no solo diagnóstica, sino que comprende e interviene sobre el sufrimiento humano de manera ética, contextual y científica.

Una vez delineadas las competencias esenciales que debe poseer el psicólogo clínico para llevar a cabo una evaluación integral, resulta indispensable proyectar la mirada hacia los desafíos que se vislumbran en el horizonte de la disciplina. Reflexionar sobre los retos emergentes para no solo anticipar las transformaciones del contexto clínico, sino también asegurar que dichas competencias se mantengan vigentes, pertinentes y alineadas con las exigencias éticas, científicas y sociales de la evaluación psicológica contemporánea

4.8 Reflexión sobre futuros retos en Evaluación psicológica.

La evaluación psicológica enfrenta en la actualidad una serie de desafíos emergentes que invitan a una reflexión profunda sobre su evolución y su rol en los sistemas de salud mental contemporáneos, vislumbrándose tres grandes ejes de retos futuros que la disciplina debe afrontar con rigor y responsabilidad.

1. Transitar de un modelo categórico a uno dimensional y procesual

La insistencia en diagnósticos categoriales rígidos –propios de manuales como el DSM y la CIE– resulta insuficiente ante la complejidad clínica actual. La evaluación transdiagnóstica

emerge como una necesidad impostergable de identificar procesos comunes subyacentes, más allá de etiquetas nosológicas fragmentadas. El futuro exige psicólogos capaces de:

- Ψ Evaluar procesos dinámicos como la regulación emocional, la evitación experiencial o la rumiación cognitiva.
- Ψ Diseñar intervenciones flexibles, centradas en mecanismos funcionales más que en categorías diagnósticas estáticas.

2. Integrar nuevas tecnologías sin perder la sensibilidad clínica

El desarrollo de herramientas digitales de evaluación (apps, plataformas en línea, algoritmos de cribado) ofrece oportunidades inéditas de accesibilidad y eficiencia. No obstante, el riesgo de una deshumanización del proceso evaluativo es real. Frente a ello, los futuros psicólogos deben:

- Ψ Dominar tecnologías de evaluación basadas en evidencia.
- Ψ Preservar la comprensión humanizada del paciente, reconociendo que ninguna herramienta automatizada sustituye la escucha activa, la empatía clínica y la interpretación contextualizada.

3. Reforzar una evaluación psicológica ética, inclusiva y sensible al contexto

En sociedades marcadas por la diversidad cultural, la desigualdad y la vulnerabilidad social, la evaluación psicológica debe alejarse de estándares homogéneos y etnocéntricos. El reto ético y profesional radica en:

- Ψ Adaptar instrumentos a contextos socioculturales específicos, evitando diagnósticos erróneos basados en sesgos culturales.
- Ψ Incorporar perspectivas interseccionales, que consideren cómo factores como género, etnicidad, clase social y discapacidad configuran la expresión psicológica y la experiencia emocional.

La psicología clínica necesita consolidar prácticas evaluativas que sean críticas, integradoras, éticas y contextualmente adaptadas, reconociendo siempre que evaluar no es solo medir, es también comprender, acompañar **y** transformar el proceso psicológico antes, durante y después de cada intervención psicológica.

Conclusión general del libro

El libro aborda el proceso completo de la evaluación psicológica en entornos clínicos y de salud, desde la detección inicial hasta modelos avanzados de formulación de casos. Está organizado en cuatro capítulos, cada uno de los cuales desarrolla un nivel específico de evaluación y análisis clínico.

Capítulo 1: Evaluación de Primer nivel: Cribado y detección Inicial

- Se centra en la identificación temprana de dificultades emocionales, cognitivas o conductuales mediante **instrumentos breves** (como PHQ-9, GAD-7, SRQ-20) y entrevistas estructuradas o semiestructuradas.
- Su objetivo es detectar indicios de riesgo psicológico para intervenir oportunamente o derivar a niveles superiores de atención.
- Resalta la importancia del cribado en contextos como universidades y hospitales, y presenta casos clínicos que ilustran la urgencia de una detección y derivación temprana.

Capítulo 2: Evaluación de Segundo Nivel: Diagnóstico clínico específico

- Describe el proceso de confirmación diagnóstica a través de instrumentos estandarizados como SCID-I, MINI, y CIDI, así como escalas específicas para distintos trastornos.
- Distingue claramente la evaluación inicial (cribado) de la evaluación de segundo nivel (diagnóstico clínico riguroso).
- Subraya la importancia de integrar datos psicométricos, observaciones clínicas y sensibilidad cultural para lograr diagnósticos precisos y éticos.

Capítulo 3: Análisis Funcional y Formulación del caso clínico

- Introduce el análisis funcional como método para comprender la conducta problema, usando modelos como el esquema A-B-C y formulaciones integrativas.
- Aboga por una visión holística, considerando variables emocionales, cognitivas, conductuales y contextuales.
- Se presentan ejemplos detallados de formulación de casos, incluyendo ansiedad, depresión y problemas de salud conductual.

Capítulo 4: Evaluación Transdiagnóstica: Una visión integradora

- Expone el enfoque **transdiagnóstico**, que busca identificar **procesos comunes** a diferentes trastornos (como evitación experiencial, rumiación, intolerancia a la incertidumbre).

- Presenta instrumentos y procedimientos para evaluar estos procesos y formular casos clínicos complejos de manera integrada.
- Resalta las ventajas del modelo transdiagnóstico frente al enfoque tradicional basado en categorías diagnósticas rígidas.

El libro propone una visión moderna, crítica e integrada de la evaluación psicológica clínica. Promueve un proceso evaluativo multinivel, basado en evidencia, sensible al contexto y orientado al bienestar integral del paciente. Además, destaca la necesidad de una formación ética, crítica y continua en los profesionales de la psicología clínica para mejorar la detección temprana, la precisión diagnóstica y la efectividad terapéutica.

Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2016). The nature, diagnosis, and treatment of emotional disorders: The unified protocol for transdiagnostic treatment. *Clinical Psychological Science, 2*(4), 352-365. <https://doi.org/10.1177/2167702614536161>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*(3), 256-271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Brown, G. (2024). *Transdiagnostic psychological interventions for symptoms of CMDs and NPD*. Wiley.
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders, 39*, 30-43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>

- Carr, E. G. (1994). *Emerging themes in the functional analysis of problem behavior. Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 393-399.
<https://doi.org/10.1901/jaba.1994.27-393>
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179-195.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Eaton, N. R., Rodriguez-Seijas, C., Carragher, N., & Krueger, R. F. (2013). A framework for person-centered research in psychopathology: Integrating theories and methods. *Clinical Psychological Science*, 1(4), 502-520.
<https://doi.org/10.1177/2167702613485597>
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 225-232.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. *Oxford University Press*.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198528883.001.0001>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012b). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Haynes, S. N. (2016). Functional analysis in clinical assessment: A problem-solving model. In S. N. Haynes & E. M. Heiby (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment* (pp. 79-98). John Wiley & Sons.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Springer Science Business Media.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4397-1>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Linardon, J., Anderson, C., Messer, M. et al. (2025). Transdiagnostic-focused apps for depression and anxiety: a meta-analysis. *npj Digit. Med.* 8, 443.
<https://doi.org/10.1038/s41746-025-01860-3>

- Luiselli, J. K. (2020). *Applied behavior analysis advanced guidebook: A manual for professional practice*. Academic Press.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to cognitive behavioral therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- McEvoy, P. M., Watson, H., & Watkins, E. R. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for transdiagnostic processes in emotional disorders. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 313-320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
- Mental Health Academy. (2025, enero 19). *The transdiagnostic model in mental health care*. <https://www.mentalhealthacademy.com.au/blog/the-transdiagnostic-model-in-mental-health-care>
- Neff, K. D. (2011). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself*. HarperCollins.
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589-609. <https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>

- O'Neill, R. E., Albin, R. W., Storey, K., Horner, R. H., & Sprague, J. R. (2015). *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook* (3rd ed.). Cengage Learning.
- Ó hAnrachtaigh, É., Brown, G., Beck, A., Conway, R., Jones, H., & Angelakis, I. (2024). Transdiagnostic Psychological Interventions for Symptoms of Common Mental Disorders Delivered by Non-Specialist Providers in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression and anxiety*, 2024, 5037662.
<https://doi.org/10.1155/2024/5037662>
- Schaeuffele, C., Meine, L. E., Schulz, A., Weber, M. C., Moser, A., Paersch, C. y Recher, D., Boettcher, J., Renneberg, B., Flückiger, C. y Kleim, B. (2024). A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature Human Behaviour*, 8, 493-509.
<https://doi.org/10.1038/s41562-023-01787-3>

ISBN: 978-9942-53-011-0



Compás
capacitación e investigación