

GUIA EVALUACIÓN CLÍNICA

Evaluación y observación de la situación

Tener un modelo de evaluación coherente con nuestro modelo de intervención es imprescindible.

Muchas de las terapias que no llegan a resolver el problema del paciente, fallan justamente en este punto. No haber hecho una evaluación exhaustiva y minuciosa, o haber encuadrado la valoración con un ángulo distinto al que después se sigue en la intervención.

Preguntas

¿Qué información debemos recoger? ¿Cómo hacer esa recogida? ¿Qué hacer con la información que recogemos? Debemos Observar:

1.- La Tolerancia al cambio

2.- Capacidad sugestiva y riesgo de descompensación

3.- Vínculo terapéutico, como se ha establecido y dificultades.

4.- Caja de herramientas (como son sus habilidades y qué grado de dominio tiene).

5.- Historia de éxitos y de fracasos e intentos

6.- Expectativas del paciente sobre la terapia.

7.- Solución imaginada por paciente y por nosotros para el paciente.
(Lo que creemos que necesita para resolver su motivo de consulta).

Por último ¿Qué hacer con la información que hemos recogido?

**¿Qué información
debemos recoger?
¿Cómo hacer esa
recogida? ¿Qué hacer
con la información que
recogemos?**

PRINCIPIOS.

NOTA: VAMOS A EVALUAR, recoger información, NO HA INTERPRETAR a la persona. Persona igual a caso único, aunque su funcionamiento sea similar al del resto de personas, lo que le pasa y lo que necesita. Independientemente del modelo utilizado, hay algunos datos comunes que tenemos que recoger.

1.- Datos generales: nombre, edad, profesión/estudios, estado civil.

Parece obvio, pero en algunos casos no se pregunta por la profesión, ni estudios, porque da pudor o no se cree importante. En nuestra profesión todo lo que tiene que ver con el paciente es importante, y nunca sabemos para que nos puede servir esa información mas adelante.

2.- Motivo de consulta: los síntomas que expresa el paciente y como los cuenta.

Recoger el motivo de consulta con "*sus propias palabras*". Intentando ser lo más literal posible.

No traducirlo en nuestras notas, ni resumirlo. P.e "ansiedad". Evitaremos malos entendidos y reduccionismos, lo que para la persona es ansiedad, puede que para nosotros no lo sea y al revés. Además provoca la tentación de llevar la evaluación por el término y no por conocer a la persona.

Cuestión esencial

- **Frecuencia y duración** (da información de la capacidad de introspección): ¿Desde cuándo? ¿Con qué frecuencia? ¿Ha aumentado o disminuido en el tiempo o dependiendo de otras circunstancias?
- **Pauta cognitiva**: ¿Qué piensa sobre lo que te pasa?
- **Pauta conductual**: ¿Qué hace cuando le pasa?.
- **Pauta interpersonal**: ¿Y con respecto a los demás?.
- **Pauta emocional**: ¿Cómo le hace sentir cuando le pasa?.
- **Pauta motivacional**: ¿A qué le mueve el problema que tiene?.
- **Pauta somática**: ¿Cómo lo nota en el cuerpo?
- **Grado de sufrimiento y tolerancia al sufrimiento**: ¿cuánto tiempo lleva con el problema, en qué momentos ha pedido ayuda, por qué ahora viene a terapia?
- **Personas y/o lugares** que provoca o acentúa el motivo de consulta.
- **Historia** del motivo de consulta: ¿Cómo ha ido evolucionando el problema?
- **Ganancias secundarias**: ¿qué gana manteniendo el problema? Esta pregunta es especialmente delicada. Porque en principio nadie diría que tiene un problema psicológico porque gana algo. La realidad, es que cualquier problema se mantiene en el tiempo por un motivo. Llámese mecanismo de defensa, ganancia secundaria, bioquímica, patrones heredados, etc.
- **Consecuencias**. ¿Qué consecuencias tiene el motivo por el que consulta en su vida?
- **Trastornos anteriores**. ¿Ha tenido problemas psicológicos antes?

3.- Soluciones intentadas: ¿Qué has hecho para solucionar lo que le ocurre?

- Nivel **psicológico**:
- Nivel **médico**:

4.- Auto-diálogo: la forma en que nos hablamos a nosotros mismos es esencial en una psicoterapia.

Como nos hablamos y lo que hacemos con lo que nos decimos.

- **Yo**: Si yo te pregunto quién eres, ¿qué me contestarías?, ¿y quién no eres? Lo que hacer con esa información también lo contamos en el curso de evaluación.
- El **mundo**: ¿cómo ve el mundo que le rodea ?, si lo ve como amenazante, fácil, injusto...
- Los **demás**: ¿qué piensa de la gente? Contextos: familia, amistad, pareja, hijos, trabajo. **Pedir ejemplos**. Buscar patrones comunes.

5.- Sesgos y heurísticos a través de los que la persona mira el mundo, su mundo.

En este punto es fundamental ser consciente:

- Evaluación de principales **distorsiones cognitivas** : sobregeneralización, atención selectiva o filtro, polarización, lectura del pensamiento, pensamiento catastrofista, proyección, negación-evitación, racionalización emocional, razonamiento emocional, debeismo, etiquetado, personalización, sesgo de confirmación (ej: el virus no existe y la gente muerta son extraterrestres), pensamiento mágico.
- Evaluación de principales **trastornos del pensamiento**: perseveración-rumiación, pobreza en el habla (lenta o poco), alexitimia, dramatismo, verborrea, fuga de ideas (no hay discurso coherente. No sabes qué te quieren decir), neologismos, tangencialidad
- Evaluación de principales **trastornos perceptivos**: como la persona interpreta los estímulos sensoriales, p.e su cuerpo, o si tiene algún tipo de experiencia alucinatoria.

6- Aprendizajes básicos: ¿Cuáles son las principales carencias o excesos de la persona?. La personalidad se construye en base a las relaciones y aprendizajes que hemos tenido.

A través de esas experiencias vamos satisfaciendo nuestras necesidades psicológicas naturales

- **Aprendemos en tres movimientos**: **Endógenos**
 - ¿La persona aprende cosas nuevas con facilidad? **Incorporación**
 - ¿Sueltan personas o circunstancias, cuando son contraproducentes fácilmente, o les cuesta? Si les cuesta qué hacen (duelos hacer patológicos, relaciones tóxicas). **Eliminación**
 - ¿Cuánto le dura lo nuevo que aprenden? se acuerdan no de la sesión anterior, los viajes. **Retención**
- **Necesitamos satisfacer estas necesidades**. **Exógenos**
 - Valoración, amor incondicional, ser único. ¿Se sintió la persona y se siente satisfecha en estos aspectos? Apego
 - ¿Cómo se puso límites a la persona? Delimitación.
 - ¿Se sintió o siente segura la persona? ¿Con quién? ¿Cómo? ¿En qué lugar? **Pertenencia**. ¿Con que tipo de apego han crecido? ¿Qué tipo de apegos presenta la persona? ¿Con quién?

Nota : El tipo de apego no es unico, ni el mismo con todas las relaciones, ni en todas las épocas de nuestra vida.

De este punto también hablaremos mucho en el curso sobre evaluación, y si, tu dificultad para identificarlo no tiene que ver con tus conocimientos ni habilidades. **A veces se dan diferentes formas de apego.**

- ¿Qué hace la persona cuándo no se siente bien? ¿Cómo compensa la insatisfacción? ¿Tiene un patrón que repite?

Se han definido algunos mecanismos comunes, que sirven de guía para evaluar y que es esencial conocer:

- **Narcisista**. Variantes: orgullo de sentir que se dominan los propios impulsos; orgullo por la perfección física, mental o moral; necesidad de admiración incondicional; control omnipotente sobre uno mismo o los demás, etc. Mientras el individuo está centrado en cubrir estas necesidades narcisistas, no tiene su atención en otras necesidades más esenciales, las que no realizó en su momento con sus personas referenciales básicas. Así que por mucho que realice su deseo secundario nunca será suficiente, el vacío interno que provoca el deseo básico insatisfecho seguirá presente y provocando malestar en la persona, lo que a su vez le llevará a una necesidad más acuciante de compensar a través del deseo secundario entrando en un círculo vicioso. "No soy suficientemente bueno, pero si me esfuerzo y lo hago bien conseguiré merecer que me quieran (o me acepten, me valoren o lo que esté carenciado)"
- **Bienestar del referente**. La persona sólo se siente feliz cuando el otro (referente) es feliz, o sólo es capaz de realizar sus deseos cuando su referente realiza los suyos. Es como si la persona, para no culpar a aquellos de los que depende, se hiciese responsable de no haber recibido lo que merecía y encuentra la solución en satisfacer a aquel que le tendría que haber cuidado. Algo así como creer que "si la otra persona está bien podrá darme lo que necesito". En las personas con este deseo secundario, aparecen frecuentes sentimientos de culpa y de desesperanza, miedo limitante e inseguridades, provocando muchas veces síntomas obsesivos y autopunitivos. A veces, estos individuos, llegan a sentirse incluso responsables de la infelicidad del otro. Son personas que no llegan a tener vida propia en realidad.
- **Hedonismo**. Las personas fijadas a este deseo necesitan continuamente la obtención de placer, por lo que todas sus conductas van encaminadas al premio inmediato, sin demora, y no soportan la frustración. Suponemos que el dolor sufrido por no recibir lo que necesitaban ha hecho que la búsqueda del placer en otros sitios que si estuviesen bajo su control podía ser una buena solución para escapar de esa frustración desbordante.
- **Pensamiento mágico**. Estas personas ven en la suerte, el tiempo o los demás la manera de conseguir sus metas. Y claro, esperar que las cosas sucedan sin que nosotros hagamos nada, primero es irreal y segundo deja a la persona sin ningún control sobre su vida.

También valoramos los **mecanismos de defensa**, que no son lo mismo que lo anterior, que sirven a la persona para "no ver" lo que le ocurre.

-Evitación, rumiación, proyección, idealización, confrontación, racionalización, represión (toc), posposición, minimización, si...pero, exigencia inalcanzable, queja, cambios de humor selectivos, complacer, perfeccionismo, amnesia (del pasado, presente consciente y no consciente), despersonalización, desrealización, disociación.

Una cosa es no ver y otra tratar de compensar la falta.

¿Cómo ha sido su contexto? ¿En dónde ha vivido la persona? ¿Qué nos llama la atención? ¿Es lo mismo que señala el paciente?. Microcontexto, Meso y Macro, podemos pedir una biografía a la persona, o en su caso una línea de vida. De esa forma, la persona tiene un espacio libre para contarnos, sin límites, ni sensación de interrogatorio. En el caso de que haya experiencias de trauma, les sirve también para contarlas desde la protección del papel.

- **Microcontexto:** familia y amigos cercanos.
- **Mesocontexto:** trabajo, religión, colegio, barrio/urba, pueblo.
- **Macrocontexto:** cultura y política (personas de otras culturas o generaciones muy distantes).

Tolerancia al cambio.

¿Cómo de flexible es la persona para hacer cambios en su vida o en si mismo? ¿Qué ejemplos recuerda de momentos de cambio en su vida? Nos dará pistas para trastornos de rigidez/resistentes al cambio: TP, T bipolar, depresión mayor, TOC y traumas complejos. Y nos dará información de cómo ha conseguido cambiar en otros momentos de su vida. Información MUY UTIL.

Capacidad sugestiva

- **Hipnosis: descartado para psicosis y consumo de drogas.**
- **técnicas corporales: adecuado para ttnos disociativos.**
- **EMDR: ojo con los obsesivos, puede que no entren.**
- **Psicodrama/partes del yo: ttnos disociativos, inmaduros para crear identidad.**

Vínculo terapéutico, como se ha establecido y si hay dificultades.

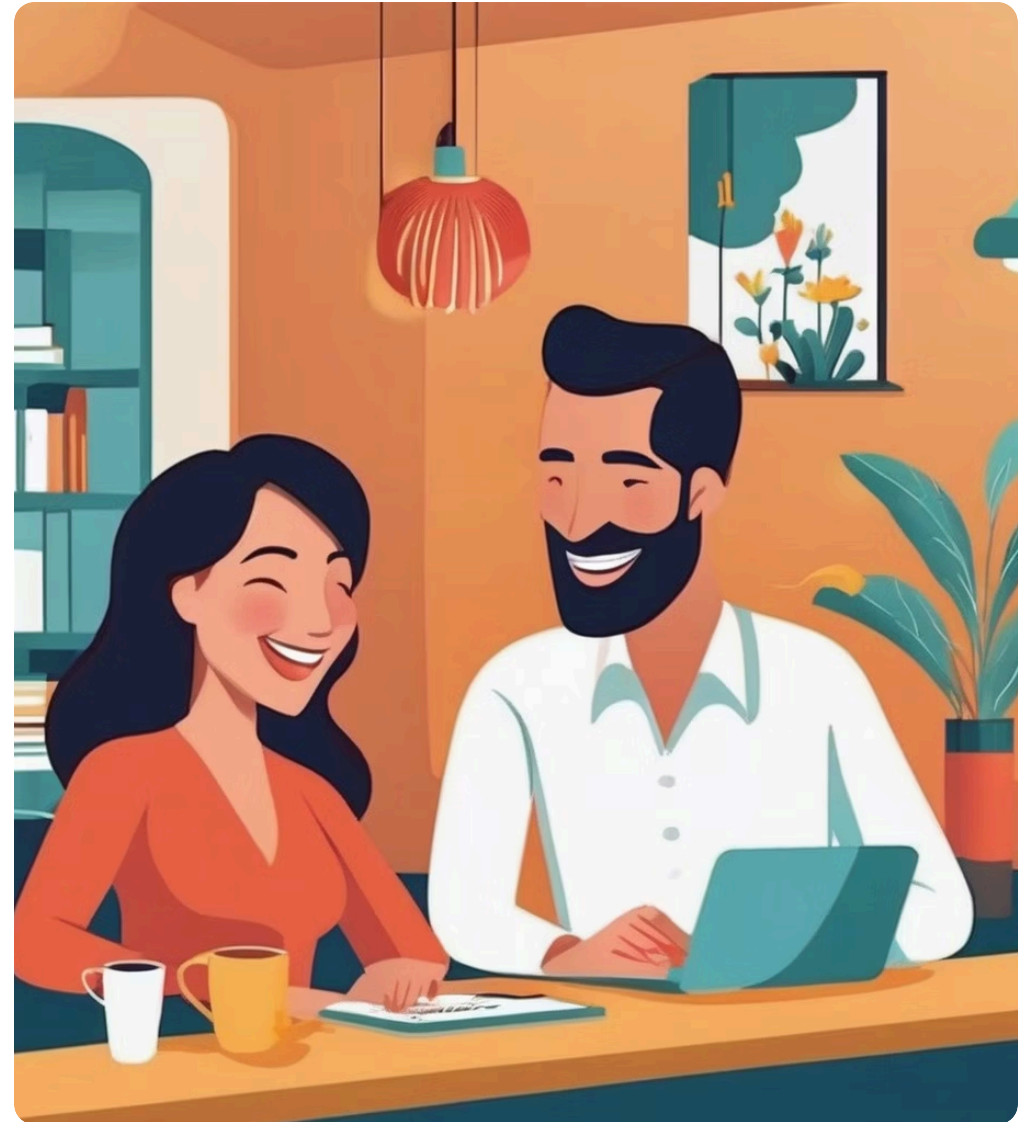
¿Qué observamos de la persona, cómo se relaciona con nosotros?, ¿qué sensaciones nos provoca a nosotros?.

Caja de herramientas (como son sus habilidades y qué grado de dominio tiene).

- **Habilidades sociales.**
- **Resolución problemas (locus de control externo o interno, búsqueda de ayuda, toma de responsabilidad...)**
- **Asertividad: cuestionario de Asertividad.**
- **Expresión emocional: qué emociones se permite y cuáles no dependiendo de los contextos y las relaciones interpersonales.**

Historia de éxitos.

Línea de vida con los éxitos, nos servirá para instalar recursos y aprender como resuelve. Descubriremos cuales son las rutas de solución, lo que le vale al paciente.



Solución imaginada por paciente y por nosotros

Es básico que las dos partes estén de acuerdo en este punto, sino es así la terapia se bloqueara y el paciente mostrara reacciones de resistencia, que pueden no ser entendidas por el terapeuta.

Esquemas emocionales.

Toda la información que hemos ido recogiendo hasta aquí, nos servirá para definir los esquemas emocionales que mueven a la persona. Tanto a tener el problema que trae a consulta, como a reaccionar y vivir con satisfacción.

Un esquema emocional es la frase que resume la filosofía de vida de la persona. Es una memoria que consta de una parte emocional, una motivacional, una parte de acción y una cognitiva. Una memoria no consciente para la persona. No te deja avanzar ni desarrollarte (disfuncionales si vienen a consulta). Es un hábito aprendido, el paciente no sabe que los tiene, los da por hecho, y forma parte de la identidad de la persona (egosintónicos). Al dejarle de funcionar, entra en conflicto y surge el síntoma → el síntoma es la reacción de un esquema emocional que no funciona. P.e no está permitido abandonar, la vida es una guerra, para que me quieran debo ser como esperan de mí, no puedo cambiar.

Los esquemas emocionales son un resumen del análisis funcional que hemos hecho, a la vez que forma parte de el. **Una síntesis, nada fácil de hacer.** No son simples creencias negativas.

Conocer esos esquemas y que el paciente los vea, es básico para que la persona comience a entenderse y el terapeuta no se pierda en el proceso.

<u>DESENCADENANTES/ DISCRIMINATIVOS</u>	<u>PERSONA</u>	<u>MOTIVO DE CONDUCTA/ REACCION/ COMPORTAMIENTO</u>
Internos o externos Pasados o presentes: si son pasados, son posibles target de trauma. Solución imaginada Vínculo terapéutico Expectativas de la terapia	Auto diálogo Sesgos y heurísticos Aprendizajes básicos Historia del contexto Tolerancia al cambio Capacidad sugestiva Historia de éxitos Caja de herramientas Esquemas emocionales	Motivo de consulta Mecanismos de defensa como síntomas actuales. Consecuencias que lo mantienen: ganancias secundarias.

Por último ¿Qué hacer con la información que hemos recogido?

Por supuesto, toda esta información no se recoge en un día, ni en forma de listado de preguntas. La vamos extrayendo de la narrativa del paciente, de pruebas diagnósticas si se quiere y de preguntas directas que se hacen en determinados momentos.

Sirve además para no quedarse en blanco y construir la relación de autoridad (conocimiento de la psicología humana) que necesitamos construir**. Tener una estructura aporta seguridad al paciente y confianza.**

En base a esta información tendremos todo lo necesario para comenzar la intervención, habremos puesto un nombre a lo que le ocurre, si es que lo tiene: un diagnóstico clínico, pero sobre todo sabremos como funciona el problema y la persona.

El plan de tratamiento ya es otra cosa... para otra guía, quizá.

Expectativa del paciente sobre la terapia.

Preguntar directamente y marcar objetivos realistas sobre la terapia.

La salud mental y la adicción

La entrevista motivacional es una técnica de conversación colaborativa que tiene como objetivo ayudar a las personas a encontrar la motivación interna necesaria para realizar cambios positivos en sus vidas. Esta técnica se utiliza comúnmente en el tratamiento de adicciones y trastornos de salud mental, así como en otros contextos donde se busca fomentar un cambio de comportamiento.



AYUDA ADICCIONES



Consultas gratuitas



Academia formativa



Encuentros



Materiales



Nuestra web
adiccionesyayuda.es

Diego Calvo

