

INTERVENCIÓN EN CASO CLÍNICO

GUÍA DE ELABORACIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Título

Siguiendo las indicaciones de Virués-Ortega y Moreno Rodríguez (2008), el título del trabajo debería no tener más de 15 o 20 palabras indicando el tipo de intervención y la conducta problema.

Resumen y palabras-clave

En el resumen deberán de aparecer los aspectos principales del trabajo en cuestión. Se deben de describir las características principales del paciente/s (p. e. edad, sexo, situación laboral, nivel educativo), el/los objetivo/s de intervención, la evaluación (diseño e instrumentos), el tipo de tratamiento, el diseño y análisis de datos, así como los principales resultados, y el seguimiento. Este resumen debe tener entre 200-250 palabras (Buela-Casal y Sierra, 2002). Al final se deberán de indicar las palabras claves, entre cuatro o cinco términos.

Introducción (Justificación)

En la introducción se justificará el porqué de la conducta problema estudiada, de los objetivos establecidos, así como los motivos del tipo de tratamiento elegido y contextualizándolo con literatura empírica relevante (Virués-Ortega y Moreno Rodríguez, 2008). Debe de aparecer en este apartado el motivo de interés del caso clínico para la práctica clínica.

2. ANAMNESIS O CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO

Cuando sean varios casos o participantes la descripción debe ir dirigida a los rasgos comunes y destacar las diferencias que sean significativas. Si fuese necesario se debería describir cada caso por separado con un resumen de aquellos aspectos comunes y destacando las diferencias del grupo. Los datos descriptivos de los pacientes pueden presentarse en forma tabular. El objetivo de la *Anamnesis* es recoger todos aquellos aspectos relevantes para la validez interna y externa de la modalidad usada en la evaluación y el tratamiento.

2.1 Identificación del paciente/es

En este apartado se debe de incluir los Datos de Filiación referidos a la edad, fecha de nacimiento (atendiendo a la posibilidad de prematuridad si fuese relevante), sexo, diagnósticos previos y actuales,

porcentaje de minusvalía, tutor legal (en el caso de incapacitación), situación familiar, así como cualquier información que pueda ser de interés para entender las características del caso (nivel de estudios, nivel socioeconómico, procedencia geográfica, formación, profesión, etc.). En el caso de que sea un grupo, en los datos de filiación deben aparecer la descripción de cada sujeto por separado, apareciendo los datos descriptivos generales de manera tabular para una mayor claridad, así como una descripción de la población objetivo.

Además este apartado debe de acompañarse de una exposición clara de los Motivos de Ingreso /Consulta/ Alta en el Centro/Departamento/Unidad donde se describiría la causa de alta originaria y se describirá el motivo de consulta y el/la demandante de esta. Además debería especificarse brevemente la fuente de referencia en su caso (paciente, familia, unidad de salud mental, otro clínico). En el caso en el que el/los pacientes se encuentren institucionalizados, debe identificarse claramente el tipo de unidad o servicio en el que el paciente se encuentra admitido.

Además se acompañara de un apartado de Antecedentes en el que al menos se recogerá:

1. *Antecedentes Familiares*: se busca describir la estructura familiar, entender la dinámica familiar y encontrar los posibles antecedentes familiares de discapacidad y/o psicopatologías de interés, se recomienda incluir el genograma familiar, indicando el contexto interaccional y socioafectivo y redes de apoyo.

2. *Antecedentes Personales*: Pueden dividirse en:

- a. Antecedentes madurativos del periodo pre-perinatal del desarrollo (si fuese relevante)
- b. Antecedentes escolares y/o educativos
- c. Antecedentes médicos u otro tipo de intervención.

Siguiendo a Virués-Ortega y Moreno Rodríguez (2008), cuando existan tratamientos, previos y/o simultáneos (psicológicos, farmacológicos, etc.), deben especificarse tipo de intervención, dosis (en caso de tratamiento farmacológico), frecuencia de las sesiones, duración, objetivos y resultados. Puesto que en muchos pacientes es difícil obtener información fiable sobre tratamientos psico/farmacológicos previos, debe informarse solo de la medicación actual.

2.2 Análisis del motivo de la consulta o Criterios de inclusión o exclusión del grupo

En el caso de grupos, se trata de recoger los criterios que se han utilizado para incluir a los miembros del grupo en el tratamiento y acompañarlos de aquellos criterios que podían ser origen de exclusión en el mismo.

En el caso de tratamientos individuales el objetivo de este punto es describir *grosso modo* el problema tal como lo plantea el paciente/cliente. En ocasiones el propio paciente no conoce el motivo de su demanda y no es capaz de plantear el propio problema que presenta. En este apartado se recogería información acerca de antecedentes relevantes del problema y sobre la sintomatología descrita por el paciente a nivel cognitivo, fisiológico y motor (para más información véase Bruch y Meyer, 1996). Además sería muy recomendable que se recogiera las supuestas conductas de negación o de justificación que plantea el paciente que permita analizar la inercia y la resistencia al cambio (Feixas, Sánchez, Laso y Gómez-Jarabo, 2002). En algunos casos en los que existan discrepancias entre el cliente o la fuente de referencia y/o el criterio del profesional sobre el objeto de la evaluación y el tratamiento sería conveniente aportar detalles

de cualquier posible acuerdo alcanzado en cuanto al tratamiento. En este apartado también deben incluirse todos los detalles referidos a la confidencialidad y consentimiento del/los paciente/s o responsable/s legal/es y protección de datos.

2.3 Historia del problema

En el caso de grupos se trata de una descripción que permita describir una visión histórica del grupo siempre que sea posible. Sería recomendable, en el caso que fuese significativo, recabar la información del desarrollo del grupo y de la participación en el mismo o en otros tratamientos.

En el caso de tratamiento individual, con este punto se busca describir temporalmente el origen y desarrollo del problema, donde y cuando se inició y en qué circunstancias, su evolución y cuando comenzó a ser desadaptativo para el paciente. Sería recomendable contextualizar dicha evolución con la historia de la persona, acompañándola de elementos de cambios vitales que hayan ido sucediendo del tipo divorcio, adopciones, emigración, enfermedades, problemas anteriores y su tratamiento, abusos, etc. Estos detalles pueden no solo ayudar a comprender las características del problema sino identificar factores de agravamiento o de resistencia al tratamiento. Este apartado no busca centrarse en el análisis de la conducta problema sino en la situación problema, en el contexto histórico y situacional en el que se enmarca. Es importante una descripción amplia y global de toda la situación, ya que es poco frecuente que el problema sea muy específico. En caso de intervención en grupo se describirán características comunes en la historia del problema de la población objetivo de intervención.

3. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

3.1 Recogida de datos para la evaluación

En este apartado debe describirse someramente el procedimiento de recogida de datos y testificación para la evaluación, así como las pruebas utilizadas. Posteriormente se enumeran los resultados cuantitativos del proceso de valoración. Sería recomendable que al menos se recojan tres aspectos fundamentales:

1. La selección de pruebas (incluyendo los criterios de fiabilidad y validez) y una justificación de dicha selección
2. Procedimiento en el proceso de evaluación especificando las sesiones, actitud del/los paciente/cliente y de otros participantes en el proceso.
3. Los resultados tanto cuantitativos como cualitativos de los resultados de las pruebas utilizadas.

En el caso de tratarse de una intervención en grupo se tendrán en cuenta los mismos apartados haciendo mención a si los datos se han obtenido de manera individualizada o de forma grupal, realizándose una matriz para registrar los resultados que se tendrán en cuenta a la hora de desarrollar el programa de intervención.

3.2 Evaluación

Se trata de realizar una reflexión cualitativa de todos los resultados obtenidos tanto en antecedentes como en la testificación y recogida de datos atendiendo al menos a cuatro dimensiones:

- a. Dimensión I: Salud Física: Padece alguna enfermedad o base física que explique o interfiera en la sintomatología
- b. Dimensión II: Capacidad o actitudes: funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas. Descripción de funciones cognitivas y conductuales atendiendo no solo a los déficits sino también a sus capacidades y habilidades adaptativas. Funciones de orientación, lenguaje, lectura, escritura,

aritméticos, procesos mnésicos y/o intelectuales, personalidad que estuvieran en relación con el caso deberían especificarse en este punto. Además se recogerán Habilidades de Salud y Seguridad, Habilidades sociales, de autonomía personal y actividades laborales y/o ocupacionales si tiene relación con la intervención. Por último deben recogerse todas aquellas conductas inadaptadas estereotipias, extensas, internas o sociales que tengan relevancia.

- c. Dimensión III: Ambiente. Todas aquellas habilidades tanto adaptativas como inadaptativas en el uso y utilización de la comunidad, ocio y tiempo libre.
- d. Dimensión IV: Apoyos. Se incluirían un perfil e intensidad de los apoyos instituciones al es o atendiendo al tipo, intensidad y servicios utilizados.
- e. Dimensión V: En el caso de una intervención en grupo se deben identificar los recursos que presentan como grupo así como sus necesidades.

3.3 Diagnóstico

Una vez realizada la evaluación tiene que quedar identificada/s la conducta/s problemas así como sus distintos componentes. De todo lo anterior debería reflejarse y concluirse en un diagnóstico que permita tener una visión global del caso

3.4 Descripción y Análisis de las conductas problemas:

En este apartado los autores deben especificar al inicio una descripción pormenorizada de las conductas problemas con definiciones operacionales y de forma operativa. Sería recomendable que en dichas descripciones se diferencien claramente la topografía o forma que presenta la conducta problema, por un lado, y la función o funciones que haya adquirido las diferentes conductas identificadas. Además deberá ir acompañada de una descripción de todas las variables relevantes relacionadas con el caso, como podrían ser variables biológicas, ambientales físicas, variables sociales u otras conductas asociadas a la conducta problema (Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez, 2009).

3.5 Estudio de los objetivos terapéuticos

Con este apartado se busca enunciar las conductas objeto de intervención identificando las conductas claves de manera que interviniendo sobre ella se modifiquen el mayor número de conductas problemas. Es una descripción de aquellos comportamientos globales que se han seleccionado como objeto de la intervención razonando la selección de ese conjunto de comportamientos objetivos e identificando las conductas claves. Debemos diferenciar objetivos terapéuticos de las conductas metas (apartado siguiente) en el que se describiría operativamente las conductas meta que se pretenden cambiar, eliminar o implantar (Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez, 2009). El objetivo terapéutico es difícil de establecer si no va referido a unos criterios de logros en base a un principio de realidad que condiciona todo el método de aplicación e influye en el rigor metodológico.

3.6 Establecimiento de las metas del tratamiento

En base a los objetivos terapéuticos se debe definir operativamente las conductas problemas a tratar, es decir cuáles son los objetivos operativos referidos a las respuestas concretas que se desean cambiar, aumentar o disminuir, asegurándose una definición clara y operativa que permita una valoración y seguimiento interjueces. Se trata de describir operativamente que respuestas incrementar o disminuir y/o eliminar o sustituir (Buela-Casal et al., 1997). Además debe especificarse igualmente de sobre que conductas se va a trabajar y el orden (en el caso que lo hubiere) acompañado de un análisis de dicha organización en la intervención. Se trata de justificar las metas clínicamente relevantes y el orden de intervención (Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez, 2009).

4. TRATAMIENTO

Se trata de analizar, reflexionar y justificar la selección de los tratamientos que se consideren más adecuados para el caso en concreto y en función de que se ha seleccionado:

4.1 Análisis funcional.

Descripción analítica de los factores causales atendiendo a los antecedentes y consecuencias de la misma. Se deben tener en cuenta las variables sociales, ambientales y orgánicas que causa y/o mantienen la conducta problema. Cuando hablamos de análisis funcional nos referimos a su sentido amplio dando incluso cabida a exposiciones narrativas sobre las cuales puede hacerse un análisis funcional y no necesariamente a un modelo lineal o contingencial, sino también repertorios, competencias, etc., como condición básica para poder explicar las «razones» de los comportamientos (Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez, 2009).

4.2 Selección y aplicación del tratamiento más adecuado.

Se trata de intervenir sobre aquellas conductas problemas claves o conductas metas que se hayan identificado y definidas operacionalmente seleccionando el tratamiento más adecuado. Para ello debemos basarnos en las terapias basadas en la evidencia empírica que muestren una serie de ventajas clínicas al/los paciente/s que ya han sido contrastadas (para una mayor profundización leer Echeburúa, Corral y Salaberría, 2010), por lo que se valorarán en mayor medida el uso de estas terapias que aparecen en guías o documentos destinado a ello (Guías de Prácticas Clínicas del SNS, Guía NICE, documento de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia), o basadas en búsquedas bibliográficas que dejen de manifiesto su eficiencia. Su aplicación dependerá de la situación problemática y de las condiciones individuales y particulares de cada caso. Para más información véase Bados, García y Fuste (2002), Beutler (1998), Echeburúa y Corral (2001), Fernández-Hermida y Pérez Alvarez (2001), Hamilton y Dobson (2001), Méndez (2001), y Pérez Alvarez y Fernández-Hermida (2001). Además debería acompañarse de una descripción de cómo se han negociado con el paciente los objetivos terapéuticos y el contrato conductual (Buela-Casal et al., 1997; para más información véase Godoy, 1996).

Una vez seleccionado el tratamiento y adecuarlo al conjunto de conductas metas describiremos sistemáticamente el desarrollo del mismo. Se enunciará el modelo de control utilizado, explicitando las sesiones de adquisición de línea base, y las de tratamiento en relación a la conducta meta intervenida. Sería muy recomendable describir el diseño de control y enumerar las diferentes sesiones con los resultados observados. La intención en este punto es la sistematicidad en el desarrollo del tratamiento que permita un análisis de la fiabilidad y replicabilidad de la intervención.

4.3 Aplicación de los tratamientos

Explicar en qué consistían las sesiones, número de sesiones y su duración (es importante indicar si el número de sesiones aplicadas de una técnica es suficiente para alcanzar el umbral de eficacia de la técnica), como se aplicaron, dificultades del seguimiento de la técnica por el paciente, etc. Si se aplicó más de una técnica explicar si se aplicaron secuencialmente o de forma combinada (para más información véase Buela-Casal y Sierra, 2001; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Olivares y Méndez, 2001).

5. SEGUIMIENTO

5.1 Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

Se trata de especificar sistemáticamente los criterios y resultados obtenidos para valorar si el tratamiento fue eficaz y/o efectivo (siguiendo a Buela-Casal et al., 1997 y véase también a Echeburúa y Corral, 2001; Goncalves, Machado, Sierra y Buela-Casal, 1996):

- a) Recoger las diferencias con respecto a la línea base de las variables meta
- b) Si se alcanzaron las metas de tratamiento y en caso negativo plantear posibles explicaciones y recomendaciones a seguir para alcanzarlas.

Puede ser útil incluir un cronograma de actuación que explique las áreas trabajadas, técnicas empleadas y la secuencia de las sesiones de trabajo

5.2 Seguimiento

Especificar si se ha realizado y en que periodos. En el caso de producirse cambios en el seguimiento, tratar de explicar los motivos y dar recomendaciones de cómo proceder. Se recomienda utilizar periodos de seguimiento de 3, 6, 9 ó 12 meses. Es evidente que los tiempos de seguimiento deben adecuarse al problema. No siempre va a ser posible incorporar en el TFM una fase de seguimiento, de cualquier manera si ese fuese el caso bastaría con incorporar un análisis del diseño de la fase de seguimiento atendiendo a las mismas recomendaciones que se especifican en este punto

5.3 Observaciones

Cualquiera que considere importante el psicólogo/a, por ejemplo, si el seguimiento de las pautas del programa de tratamiento por parte del paciente fue adecuado (Maciá y Méndez, 1996). También debe comentarse cómo evolucionó el trastorno y el tratamiento con respecto a lo esperado en función de lo que se plantea en los estudios publicados. También es importante especificar si se realizó el «consentimiento informado», es decir, si se le explicó al paciente los efectos, ventajas e inconvenientes que tiene la aplicación del tratamiento seleccionado, las distintas opciones de tratamiento y si el paciente aceptó este tipo de tratamiento y sus efectos. Además debería acompañarse de posibles variaciones en el programa a solicitud el paciente/cliente o de sus familiares.

6. ESTRUCTURA Y ASPECTOS FORMALES

6.1. Organización y estructura del trabajo

La estructura adecuada de un trabajo permite que éste pueda ser entendido con claridad, comprendiendo el procedimiento seguido para dar sentido a las conclusiones a las que se llegan. Como orientación general, los principios básicos que debe regular la realización del TFM es: sistematicidad, replicabilidad, y basado en las evidencias.

6.2 Redacción, gramática y ortografía

La redacción debe de emplear el lenguaje científico adecuado, con una gramática y ortografía sin errores. Todo ello contribuirá a mantener el hilo conductor que permite entender el caso de manera correcta.

6.3. Referencias

Las citas y referencias deben redactarse según formato APA, habiendo correspondencia entre las citas y el listado de referencias bibliográficas al final del texto.

6.4. Responsabilidades éticas y de autonomía del paciente

En el caso se detallan los procedimientos seguidos para cumplir con el código ético (consentimiento informado), de obligado cumplimiento por el artículo 45 del código base de nuestra profesión, así como en aquellos que sean necesarios el visto bueno del Comité de Bioética.

Además, se dan muestras del conocimiento de las obligaciones y responsabilidades del personal sanitario relativas a la confidencialidad de la información y de la protección de datos personales de los pacientes, ello supone cumplir con el artículo 12 del Código Deontológico, con la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre) y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo.

7. DEFENSA ORAL Y EXCELENCIA

7.1. Claridad expositiva, precisión conceptual, organización del discurso oral y ajuste al tiempo (15-20 minutos).

7.2. Coherencia entre la exposición oral y el trabajo escrito presentado

El alumno/a muestra habilidades de comunicación interpersonal, llegando a mostrar dominio en los conceptos planteados y coherencia entre el trabajo presentado y expuesto. Es capaz de exponer lo más relevante del trabajo (en sus apartados) en el tiempo estipulado.

El alumno/a utiliza el material de apoyo para aclarar y apoyar sus explicaciones.

7.3. Calidad de las respuestas a las preguntas de los evaluadores.

El alumno/a es capaz de responder de manera adecuada, mostrando el dominio del trabajo planteado, a los planteamientos realizados por los/as evaluadores/as

ESQUEMA DE TFM PARA LA INTERVENCION EN UN CASO CLINICO
1. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO (de 0 a 1 pto.)
1.1. Título
1.2. Resumen/Abstract y palabras clave
1.3. Introducción
2. ANAMNESIS (de 0 a 1 pto.)
2.1 Identificación del Paciente/es y Antecedentes
2.2 Análisis del motivo de la consulta
2.3 Historia del problema
3. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO (de 0 a 2 pto.)
3.1 Recogida de datos para la Evaluación
3.2 Evaluación
3.3 Diagnóstico
3.4 Análisis y descripción de las conductas problema
3.5 Estudio de los Objetivos Terapéuticos
3.6 Establecimiento de las metas del tratamiento
4. TRATAMIENTO (de 0 a 2 pto.)
4.1 Análisis Funcional
4.2 Selección de los tratamientos más adecuados
4.3 Aplicación de los tratamientos
5. SEGUIMIENTO (de 0 a 1 pto.)
5.1 Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos
5.2 Seguimiento
5.3 Observaciones
6. ESTRUCTURA Y ASPECTOS FORMALES (de 0 a 1 pto.)
6.1. Redacción y formato
6.2. Referencias. Según APA y correspondencia entre las citas y el listado de referencias al final del texto
6.3. El trabajo permite el proceso de evaluación ciega
6.4. El trabajo presenta las obligaciones y responsabilidades del personal sanitario relativas a la confidencialidad de la información y de la protección de datos personales de los pacientes (consentimiento informado, comité de bioética)
6.5 Estudio original que no supone, en ningún caso, la copia o plagio de texto de otros autores, el/a director del mismo o incluso el mismo autor. El plagio es motivo automático de suspenso del TFM en esa convocatoria
7. DEFENSA ORAL Y EXCELENCIA (de 0 a 2 pto.)
7.1. Claridad expositiva, precisión conceptual, organización del discurso oral y ajuste al tiempo (15-20 minutos)
7.2. Coherencia entre la exposición oral y el trabajo escrito presentado
7.3. Calidad de las respuestas a las preguntas de los evaluadores