

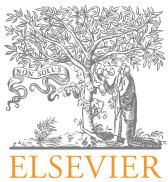


Clínica y Salud
ISSN: 1130-5274
clin-salud@cop.es
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

Ibáñez, Carmelo; Echeburúa, Enrique
Función y Limitaciones del Pronóstico en la Evaluación Diagnóstica en el Ámbito de la Psicología
Clínica
Clínica y Salud, vol. 26, núm. 1, enero-abril, 2015, pp. 17-22
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180634124003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Función y limitaciones del pronóstico en la evaluación diagnóstica en el ámbito de la psicología clínica

Carmelo Ibáñez y Enrique Echeburúa

Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián, España

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 20/05/2014

Revisión recibida: 11/07/2014

Aceptado: 08/10/2014

Palabras clave:

Diagnóstico

Pronóstico

Tratamiento

Factores de riesgo

Juicios clínicos y toma de decisiones

RESUMEN

El pronóstico, junto con el diagnóstico/evaluación psicológica y el tratamiento, es uno de los pilares de la psicología clínica. Entre los primeros temas que se plantean cuando se le diagnostica a una persona un trastorno mental es si el trastorno puede tratarse con éxito, el curso probable y las posibilidades de recuperación. En este artículo se plantea la necesidad y utilidad clínica de hacer predicciones sobre el pronóstico, así como el soporte empírico de los juicios pronósticos. El objetivo del estudio es describir las variables relevantes para la precisión del pronóstico en la práctica cotidiana de la psicología clínica y señalar los pasos a dar para su formulación. Por último, se analizan los sesgos cognitivos más habituales de los clínicos a la hora de hacer pronósticos con el objetivo de minimizarlos en la medida de lo posible. Se desarrollan algunas sugerencias para la investigación futura.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Producido por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Role and limitations of prognosis in clinical diagnosis in the field of clinical psychology

ABSTRACT

The prognosis, along with diagnosis and treatment, is one of the strongest pillars of clinical psychology. Among the first questions often asked when a person is diagnosed with a mental disorder is whether this disorder can be treated successfully, the likely course, and the chances of recovery. This paper poses the need and clinical utility of making predictions about prognosis, as well as its empirical support. The purpose of this study was to describe the relevant variables for the accuracy of *prognostic judgments* in the day-to-day practice of clinical psychology and to point out the steps to be taken in formulating the prognosis. Finally, the possible biases of clinical psychologists are considered in order to minimize and, insofar as possible, to correct them. Suggestions for future research are outlined.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Production by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

La predicción es, junto con la explicación, lo que en gran medida justifica la actividad científica. Son muchas las ventajas que se derivan de poder predecir. Sin embargo, la predicción es una de las cogniciones que entraña mayor complejidad. Se requieren, por ello, diversas condiciones. En primer lugar, activar la capacidad de representación mental. En segundo lugar, disponer de la suficiente flexibilidad como para cambiar de opinión en función de la nueva información recibida. Y en tercer lugar, disponer de la complejidad cognitiva suficiente para incorporar múltiples variables, interrelacionarlas e integrarlas, así como inferir intuitivamente proyecciones útiles para la predicción de comportamientos futuros (Ibáñez y Maganto, 2009).

En las profesiones sanitarias el pronóstico, que es una de las actividades clínicas básicas, junto con el diagnóstico y el tratamiento,

permite emitir un juicio referido a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de la enfermedad o del trastorno mental, incluyendo su duración, evolución, resultados terapéuticos y posibles recaídas. Esta prognosis se fundamenta en los conocimientos adquiridos en la evaluación del problema, referentes a los síntomas, historia clínica, características de la personalidad, factores de riesgo y de protección y contexto del paciente, que sirven para hacer predicciones significativas.

El pronóstico debe estar estrechamente relacionado con el cuadro clínico, la evaluación diagnóstica y el tratamiento. El diagnóstico permite relacionar las observaciones clínicas con lo que se sabe científicamente sobre los trastornos mentales. A su vez, la evaluación clínica conecta el análisis completo del problema, así como del paciente y del contexto, con las técnicas de tratamiento más apropiadas a cada caso. Finalmente, el pronóstico relaciona el tratamiento con la evolución previsible del estado del paciente, en función del conocimiento sobre él, el trastorno y su curso y las anticipaciones acerca de la eficacia de la terapia.

*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Enrique Echeburúa, Universidad del País Vasco. Facultad de Psicología. Avda. de Tolosa, 70. 20080 San Sebastián. E-mail: enrique.echeburua@ehu.es

El clínico efectúa pronósticos de distinto ámbito y nivel de probabilidad: sobre la evolución del trastorno en base al diagnóstico, acerca de qué tratamiento será más adecuado en cada caso concreto y, por último, sobre la estimación de la efectividad o resultado que se espera tenga el tratamiento aplicado en ese caso concreto.

El objetivo de este artículo es delimitar las variables relevantes del pronóstico en el diagnóstico clínico así como señalar sus principales retos y limitaciones en el ámbito de la psicología clínica.

Necesidad y utilidad clínica del pronóstico

En la evaluación psicológica clínica se ha descuidado la atención que merece el pronóstico, lo que no ocurre en el ámbito de la medicina. Así, por ejemplo, los principales manuales de evaluación psicológica al uso en España, al plantear las distintas fases del proceso de evaluación, lo ignoran o lo minimizan (Caballo, 2006; Fernández-Ballesteros, Márquez, Vizcarro y Zamarrón, 2011), salvo contadas excepciones que aluden a él colateralmente y con brevedad (Muñoz, 2003). Lo mismo ocurre, en general, en los manuales de psicopatología (Caballo, Salazar y Carrobles, 2011) e incluso en los esquemas de actuación que se proponen al profesional de la evaluación clínica (Fernández-Ballesteros et al., 2011). De nuevo se cuenta con algunas excepciones dignas de reseñar (Pérez, Ausín y Muñoz, 2006).

En cuanto a las guías clínicas, de gran expansión en la última década, la referencia principal es el National Institute of Clinical Excellence (NICE), que forma parte del NHS (National Health Service británico). Su papel es el de proveer a clínicos, pacientes y público en general de las pruebas disponibles en relación con la eficacia de los tratamientos, fundamentalmente en forma de guías clínicas (GPC). Esta influencia del mundo de la salud se ha extendido a los trastornos mentales en muchos países, entre ellos el nuestro, y ha dado lugar a una multiplicidad de GPC (en nuestro país destacan las del Sistema Nacional de Salud), cuya calidad se está tratando de garantizar. Pues bien, ni las GPC disponibles para su utilización en diferentes trastornos mentales, ni tampoco los protocolos (más normativos y rígidos que las guías) dedican, en general, suficiente atención al pronóstico.

Esta última afirmación no significa que las GPC, del mismo modo que algunos manuales generales de psicopatología (Belloch, Sandín y Ramos, 2008; Vallejo, 2011), no informen a menudo de aspectos de interés a la hora de formular el pronóstico. Lo que se quiere decir es que entre sus instrucciones, directrices y recomendaciones dirigidas a apoyar la toma de decisiones clínicas no figura con entidad propia el papel de la prognosis asociada al diagnóstico y al tratamiento.

En la medida en que la psicopatología se ocupa de la descripción, evolución y etiología de los trastornos mentales, el segundo de los objetivos apuntados (la evolución) da cuenta de la importancia del pronóstico. Éste habrá de marcar la probabilidad no solo de que el trastorno evolucione de determinada manera, sino de que se sucedan hechos que afecten de un modo u otro al paciente (por ejemplo, si será efectivo el tratamiento, con qué limitaciones o cuál será su calidad de vida) y a su entorno. El pronóstico ha de ser todo lo explícito y concreto que la validez de los conocimientos disponibles y la capacidad del clínico para predecir lo permitan. El riesgo de despersonalización, siempre presente en la psicopatología, invita a no ceñirse al diagnóstico de entidades sino a tratar los trastornos como comportamientos de personas afectadas por ellos, lo que implica preguntarse qué efectos tendrá el trastorno en el paciente y su contexto a través del pronóstico.

En la demanda del paciente o de sus familiares se contiene la expectativa de conocer, además de lo que le pasa desde el punto de vista psicopatológico y su gravedad, aquello que cabe esperar que le ocurra en el futuro con o sin tratamiento. De este modo, los juicios pronósticos completan la información del diagnóstico y hacen de puente con el tratamiento y con las expectativas racionales de recuperación. El pronóstico se apoya en un juicio clínico de elaboración compleja y de naturaleza predictiva, probabilística, procesual y dinámica.

La tradición psicométrica típica de la psicología ha podido influir negativamente en el papel asignado al pronóstico. Si bien el método clínico carece del halo científico predictor que acompaña al estadístico/psicométrico y está sujeto a importantes mejoras todavía pendientes, es, en combinación con el método psicométrico, el que se aplica, debe aplicarse y sin duda se aplicará en el futuro inmediato y el que permite ampliar las potencialidades clínicas del pronóstico. Es decir, la revalorización del pronóstico serviría para asentar la actividad clínica, incrementar su calidad y dar cumplida respuesta a la demanda terapéutica (Correa, 2012).

Los más prestigiosos manuales de clasificación en psicopatología (DSM-5, CIE-10) no se limitan a aportar los criterios para efectuar de manera sistemática y fiable los diagnósticos sino que, en unos casos más que en otros, añaden información que se relaciona con la tarea del pronóstico futuro y de los riesgos de recaída (por ejemplo, en las adicciones) o de recurrencia (por ejemplo, en el trastorno bipolar). Por otro lado, las estrategias de prevención están basadas en la predicción asociada al pronóstico. Así, por ejemplo, la evolución y progresión observada en las conductas antisociales, pre-delictivas, desde la infancia a la adolescencia, favorece que se puedan establecer medidas de prevención, apoyadas en predictores de futuras conductas delictivas (Redondo y Pueyo, 2007). Asimismo la predicción del riesgo en la violencia contra la pareja permite gestionarlo adecuadamente con medidas clínicas, sociales y judiciales (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Echeburúa, Amor, Loinaz y Corral, 2010; Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral y López-Goñi, 2009).

Soporte de los juicios pronósticos

El clínico no podrá elaborar pronósticos válidos si carece de los conocimientos especializados de su profesión, si la evaluación clínica del paciente es insuficiente, si no ha desarrollado las competencias necesarias al efecto o si desconoce tanto sus capacidades cognitivas como sus limitaciones. Al tratarse el pronóstico de un fenómeno probabilístico, el terapeuta deberá efectuar complejas cogniciones, pero también metacogniciones (Ibáñez y Maganto, 2009).

El pronóstico clínico es una de las formas de predecir más complejas porque atañe a la confrontación de hechos, causas y efectos, así como a marcadores biológicos de pronóstico y a predictores o factores de riesgo psicosociales. Asimismo la predicción es menos precisa cuando se trata de hacer un pronóstico a largo plazo porque ahí operan variables incontrolables asociadas al desarrollo biográfico de una persona.

En la práctica los pronósticos se efectúan a partir de modelos de predicción mixtos. Hasta donde es posible, y con las limitaciones inherentes (nivel de confianza, de validez, etcétera), se cuenta con técnicas cuantitativas (psicométricas), esto es, con procedimientos estadísticos basados, por ejemplo, en el empleo de ecuaciones de regresión múltiple o en el análisis de supervivencia. Pero en su mayor parte los juicios pronósticos se apoyan en el método clínico, conformado por previsiones (hipótesis) que han de ser debidamente controladas y contrastadas para reducir su subjetividad. En este tipo de juicios clínicos se apoyan la mayoría de interpretaciones, conclusiones y decisiones que adopta el profesional. Desde el punto de vista del rigor científico, el método mixto, que es una combinación del psicométrico y del clínico, es el más recomendable en la práctica (tabla 1).

Los conocimientos que maneja el clínico a fin de establecer juicios pronósticos son de orden general (por ejemplo, el diagnóstico, siempre que cuente con una buena validez de contenido) y de orden específico, referidos en este caso al paciente concreto de quien se ocupa. Respecto a los primeros, el respaldo mayor para lograr efectuar las predicciones procede de aquellos conocimientos y procedimientos basados en la evidencia (validez de contenido), que ofrezcan suficientes garantías de validez concurrente y posibilidades bien fun-

Tabla 1

Tipos de pronóstico en psicopatología

Niveles de predicción	Momentos	Criterios de apoyo	Actuaciones clínicas
I	Preventivo	<ul style="list-style-type: none"> - Biomarcadores - Factores de riesgo psicosociales - Guías de salud - Guías clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Educación para la salud - Prevención primaria (grupos de riesgo) - Casos subclínicos - Falsos negativos
II	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemiología - Fases de desarrollo del trastorno - Curso y evolución - Experiencia del clínico 	<ul style="list-style-type: none"> - Pronóstico: <ul style="list-style-type: none"> • Sin tratamiento • Con tratamiento - Prevención: <ul style="list-style-type: none"> • Secundaria • Terciaria/cuaternaria
III	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Basados en la evidencia (datos objetivos) - Guías clínicas - Características del paciente - Experiencia del clínico 	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación del tratamiento - Hacia un tratamiento efectivo y eficiente (pronóstico) - Prevención: <ul style="list-style-type: none"> • Secundaria • Terciaria/cuaternaria
IV	Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemiología - Evaluación pos-tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento - Prevención terciaria - Prevención de recaídas

dadas de generalización. En cuanto a los conocimientos específicos recabados del paciente, derivan de la evaluación clínica completa, no solo limitada al mero diagnóstico (Ibáñez, 2003, 2005).

La inmensa mayoría de datos recogidos por el clínico se apoyan en diferentes tipos de autoinformes (y muy especialmente de la entrevista), que sirven para respaldar la “evaluación intuitiva” (O’Brien y Haynes, 1997), no exenta de errores y sesgos, como la sobreestimación (o subestimación) de la magnitud de las relaciones entre las variables consideradas o la inferencia de correlaciones ilusorias entre ellas.

La clave principal del rigor científico de los pronósticos radica en la validez predictiva de los indicios y de las asociaciones entre ellos en que se apoyen. La validez predictiva garantiza, a un nivel de probabilidad razonable, que lo que se vaticina (variable predicha o contenido del pronóstico) sucederá y que será el resultado en el tiempo de la “influencia” de las variables predictivas, esto es, de los datos en los que se apoya el pronóstico.

Por consiguiente, la mayor “seguridad” subjetiva del clínico al establecer pronósticos dependerá del grado de validez de las correspondientes variables predictivas (factores de riesgo, marcadores biológicos, características del trastorno, etcétera). Ello no exime al clínico de tener que establecer juicios y tomar decisiones bajo incertidumbre por el peso de las variables incontrolables (Kahneman, 2012).

A diferencia del campo de las enfermedades físicas, en psicopatología no existen los síntomas patognomónicos como recursos rápidos y seguros para el diagnóstico. La etiología de los trastornos mentales es desconocida (o parcialmente conocida) en muchos casos, con una tendencia a las explicaciones unicausales, sin tomar en consideración el carácter multicausal de la mayoría de los trastornos, según se expone en el modelo biopsicosocial, y sin recurrir al análisis funcional de la conducta (O’Brien y Haynes, 1997), lo que facilitaría la elaboración más rigurosa de pronósticos (no basados exclusivamente en etiquetas diagnósticas).

En resumen, la toma en consideración de los distintos factores (multifactorialidad) en interacción recíproca que influyen en el problema psicopatológico y que lo mantienen ayuda a que el pronóstico sea más personalizado, atento a la complejidad de variables que influyen en su conformación y, en definitiva, más eficaz.

Factores significativos para el pronóstico

Como sucede con la etiología, que es compleja y frecuentemente multifactorial, son muchos y de distinta índole los factores que el clínico ha de considerar a fin de elaborar pronósticos certeros:

a) Factores que atañen directamente al trastorno:

- Inicio (súbito, gradual o insidioso).
- Curso (estable o fluctuante, prolongado, crónico).
- Evolución de los síntomas (remisión, mejoría, curación, empeoramiento, recaídas).
- Duración media, gravedad, saturación de síntomas diagnósticos.
- Presencia de síntomas asociados.
- Grado de interferencia negativa en la vida cotidiana.
- Riesgo de comorbilidad con respecto a determinados trastornos.
- Tratamientos prescritos.
- Factores de riesgo predisponentes (biológicos, psicológicos o sociales).
- Factores precipitantes (estresores, conflictos o crisis).

b) Factores relacionados con el paciente:

- Edad y sexo, estado civil, nivel educativo y socioeconómico.
- Salud actual y anterior a la aparición del problema.
- Constitución física y aspecto externo.
- Problemas preexistentes (duración y gravedad).
- Hábitos de alimentación y de sueño.
- Rasgos de personalidad.
- Redes de apoyo familiar y social.
- Intensidad y extensión de la afectación personal del trastorno.
- Grado de aceptación o de rechazo del problema.
- Reacciones de los demás ante el paciente.
- Grado de sufrimiento y nivel de desadaptación generados.
- Preocupaciones y miedos colaterales.
- Motivación para el tratamiento y adherencia terapéutica.
- Respuesta al tratamiento inicial y riesgo de recaídas.
- Posición que ocupa la familia como factor de riesgo, indiferente o de apoyo.
- Creencias sobre el trastorno, actitudes (positivas o negativas) ante él, atribuciones causales, sensación de control sobre los síntomas, expectativas de curación, etcétera.

El pronóstico es el resultado de la interacción de los factores descritos, que pueden combinarse de una forma diferente en cada paciente. El pronóstico así efectuado contribuye a respaldar la toma de decisiones, por ejemplo en relación con la decisión de internamiento de un paciente, con el alta de un programa de tratamiento o con la excarcelación de un preso con un trastorno psicopático o parafílico. Factores personales adicionales a considerar en el pronóstico son el ajuste psicosocial del paciente y la calidad de su funcionamiento interpersonal, entre otros (Vázquez y Sanz, 2009).

La identificación de los factores pronósticos (entre ellos, marcadores biológicos, dimensiones de personalidad o riesgos psicosociales) respalda asimismo la prevención secundaria y terciaria. A su vez, los factores de riesgo (y los de protección), así como la vulnerabilidad o la resiliencia del sujeto, son siempre referentes útiles a considerar en la elaboración del pronóstico (Sarasua, Zubizarreta, Corral y Echeburúa, 2012).

A veces el clínico dispone de más soportes para formular el pronóstico: entre otros, la posible relación existente entre determinados trastornos como precursores de otros (por ejemplo, el trastorno de ansiedad de separación en el niño respecto al trastorno de pánico o la agorafobia en el adulto) (Manicavasagar, Silove y Hadzi-Pavlovic, 1998) o la gravedad especial actual de la sintomatología presentada como precursora de una más difícil recuperación. Así, por ejemplo, si la patología presente está asociada a sentimientos negativos intensos (vacío emocional, culpa, soledad, rechazo, autodestrucción, sufrimiento psicológico), la recuperación puede ser más compleja (Sirvent et al., 2009).

En concreto, la forma en que el paciente vive los síntomas determina las estrategias que adopta ante sus problemas. Así, tras un episodio psicótico o de embriaguez patológica, unos pacientes tienden a restar importancia a lo ocurrido, pero otros consideran que conviene analizarlo y replantearse lo sucedido; estos adoptan una forma de afrontamiento más constructivo, favorable en principio como predictor de recuperación (Geekie, 2006).

El pronóstico ataña también a las previsiones, en algunos casos posibles, acerca de la recuperación. Esto ocurre, por ejemplo, en relación a pacientes afectados del síndrome de fatiga crónica (SFC) (OMS, 1992), que se diferencia de la depresión por el énfasis del paciente en la fatigabilidad y debilidad y su preocupación por la disminución del rendimiento mental y físico. En estos pacientes son factores asociados al pronóstico favorable de recuperación una buena respuesta al tratamiento inicial, pocos síntomas físicos, bajos niveles de fatiga en la evaluación inicial y ausencia de historia de alteraciones psiquiátricas previas (Bonner, Ron, Chalder, Butler y Wessely, 1993).

Sin embargo, si el paciente vive sus problemas con pasividad, derrotismo y sin apoyo externo, el pronóstico será menos favorable que en caso contrario, sobre todo en los supuestos en los que la remisión espontánea no es esperable. Por ejemplo, en los trastornos de ansiedad no todos los pacientes responden a los tratamientos, que suelen ser eficaces en un porcentaje bastante alto de los casos. Las expectativas desempeñan un papel muy importante. Así, la creencia extendida en algunos pacientes (sesgo pesimista) de que su condición patológica es más grave que la de los que consiguieron recuperarse constituye un predictor de curación negativo que respalda un peor pronóstico. En cambio, el sesgo optimista genera mayor expectativa de éxito y la creencia en la competencia de los profesionales y de los procedimientos utilizados potencia el efecto placebo. Otros síntomas de buen pronóstico se refieren a la ausencia de embotamiento afectivo del paciente o a la buena actividad socio-laboral premórbida.

El pronóstico en el proceso terapéutico

Los objetivos del clínico en las diversas fases del proceso terapéutico son de tipo descriptivo y clasificadorio (diagnóstico), de control o cambio (tratamiento) y predictivo (pronóstico). Este último sirve para complementar el diagnóstico y para orientar la planificación del tratamiento a medio y largo plazo (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, Amor y Corral, 2010).

El pronóstico clínico consiste en determinadas inferencias predictivas que elabora el profesional respecto al curso del trastorno antes y después del tratamiento. Ocurre a veces que el terapeuta, preocupado ante todo de lo que sucede en el presente, esto es, durante el proceso de aplicación del tratamiento, tiende a descuidar lo que pueda suceder en el futuro, que es el ámbito en el que se encuadran las cogniciones del pronóstico.

La ventaja del pronóstico para el paciente acerca de su posible recuperación (duración del tratamiento, nivel de mejoría esperable, riesgo de recaídas, etcétera) es que le permite marcarse unas expectativas razonables y, sobre todo, colaborar mejor con el terapeuta.

El pronóstico desempeña un papel muy importante en la predicción del desarrollo del cuadro clínico. Así, por ejemplo, el pronóstico en la esquizofrenia es peor si su inicio es temprano, insidioso y va acompañado de aislamiento social del paciente tras el primer episodio (Centeno, Pino y Rojo, 2006), como ocurre en el caso de los TCA si hay antecedentes familiares de alcoholismo y depresión, si hay una larga duración del trastorno y si se manifiesta con gravedad al inicio del mismo (Sánchez-Planell y Prats, 2011). La función del pronóstico es también importante en la prevención de las recaídas que, por lo que se refiere a los trastornos adictivos, tienen lugar en los primeros meses tras el tratamiento y suelen estar relacionadas con factores intrapersonales (estados emocionales negativos) o interpersonales (presión social o conflictos de relación), así como con las respuestas inadecuadas de afrontamiento y distintos componentes cognitivos negativos del paciente, tales como la escasa percepción de control y un nivel bajo de autoeficacia (Echeburúa y Corral, 2010; Marlatt y Gordon, 1985; Robert y Botella, 2009).

Una de las funciones del juicio pronóstico ataña a la estimación de la magnitud de los efectos del tratamiento (Haynes, 1994). En general, si el problema se detecta y se diagnostica de forma temprana y el tratamiento se aplica rápidamente, el pronóstico suele ser mejor. En este sentido los tratamientos deben estar basados en la evidencia y responder a las características concretas del trastorno y del paciente. Asimismo el pronóstico mejora si la respuesta inicial del sujeto al tratamiento es favorable. A su vez, la toma de conciencia del problema por parte del paciente, por ejemplo cuando hay una pérdida de control respecto a la conducta alimentaria o adictiva, facilita su implicación activa en el tratamiento y contribuye a la mejora del pronóstico. Por el contrario, la falta de seguimiento de las prescripciones terapéuticas por parte del paciente o la comorbilidad con otros trastornos ensombrecen el pronóstico (Perpiñá, 2011).

El papel del pronóstico no es meramente estático (referido al inicio, al curso y a la terminación del trastorno), sino que es dinámico, en la medida en que dota al paciente de un conocimiento probabilístico que le permite tomar medidas preventivas para interferir en el pronóstico. De este modo el pronóstico y la prevención están estrechamente relacionados.

Un pronóstico efectivo debe cumplir una serie de requisitos: a) relevante en relación a los objetivos y a la demanda terapéutica, b) útil respecto a la posibilidad de adoptar medidas preventivas, c) riguroso y sustentado en la metodología científica, aun admitiendo un margen de incertidumbre, d) prudente, sin ir más allá de lo que se conoce al respecto, e) personalizado, esto es, desplazando el foco principal del trastorno a las características particulares del paciente que lo sufre, y f) social, en lo que toca a la preocupación de evitar las consecuencias negativas de la patología del comportamiento sobre los demás o de minimizarla hasta donde sea posible, habida cuenta de que los trastornos mentales producen fuerte impacto en la familia, en el mundo laboral o académico y en las relaciones sociales (Navarro, 2009).

El papel del pronóstico es fundamental para la adopción de medidas integradoras con las personas afectadas por un trastorno mental. Así, por ejemplo, iniciativas recientes como la "Guía para la integración laboral de las personas con trastorno mental" (Fundación La Caixa, 2013) tratan de facilitar la reincisión laboral de las personas afectadas por trastornos mentales, en concreto su adaptación al puesto de trabajo y el mantenimiento del mismo. El pronóstico, en su fase final tras el tratamiento, se interesa por reducir la vulnerabilidad del paciente y por prepararle para su readaptación a la vida cotidiana a fin de que mejore su calidad de vida y bienestar, sin descuidar su rehabilitación social, que en buena medida se consigue a través de la inserción laboral (Hilarion y Koatz, 2013).

Por último, en el caso de una evolución negativa del trastorno, en forma de agravamiento o de comorbilidad, se precisa una reconsideración por parte del clínico. En estos supuestos de epicrisis es necesario replantear el pronóstico, así como revisar las predicciones post-tratamiento. Se efectuará una nueva valoración general de la evolución del trastorno y del paciente que permita modular el pronóstico inicial y reorientar la intervención clínica.

El pronóstico como juicio clínico

Aunque la cuantificación y la consiguiente medición sean estrategias fundamentales para la ciencia, son los juicios clínicos, basados en la metodología hipotético-deductiva, los que permiten explicar y predecir el comportamiento futuro. En la clínica el profesional trabaja prioritariamente con información cualitativa, verbal, y accede a los síntomas mayormente a través de la observación y de la entrevista, además de otros autoinformes. Objetivar al máximo es el gran reto del clínico.

La elaboración del juicio clínico suele entrañar complejidad (Godoy, 2001; Múrquiz, 2013). No es fácil disponer de criterios o "guías interiores" que sirvan para reconocer el significado de los datos (lo que le importa realmente saber al clínico para entender el caso) y calibrar su relevancia. De hecho, los juicios pronósticos se sustentan en asociaciones significativas manejadas con razonamientos deductivos e inductivo-probabilísticos (Ibáñez, 2013).

Los juicios clínicos se basan en buena medida en heurísticos que miran para adelante y en intuiciones respaldadas por la experiencia acumulada por el clínico (Ibáñez y Maganto, 2009; Tversky y Kahneman, 1983). El heurístico es la estrategia contraria al algoritmo, pues mientras que éste baraja todas las posibilidades del espacio problema, aquél se concentra solo en las posibilidades que se valoran como más relevantes (Fariña, Arce y Novo, 2002).

Los datos basados en la experiencia profesional del clínico son de indudable interés para apoyar el pronóstico, pero están sujetos a sesgos. Estos pueden ser de tres clases: 1) sesgos de selección, por lo que esta se vería afectada de manera arbitraria, 2) sesgos de información, que conducen a valorar más los casos que impresionan y los más recientes, y 3) sesgos estadísticos, debido a que la muestra barajada en general es relativamente reducida, por lo que la influencia del azar al extraer conclusiones será mayor. Es, por ello, permanente el riesgo de efectuar asociaciones arbitrarias y ver interrelaciones o correlaciones ilusorias entre variables, algunas de las cuales se sobrevaloran o infravaloran (Álvarez, 1996; Godoy y Gavino, 1999).

Conclusiones

Las limitaciones del pronóstico derivan, por un lado, del insuficiente conocimiento que hoy en día se tiene de la etiología y del diagnóstico psicopatológico (por ejemplo, de los marcadores biológicos, de los factores de riesgo psicosociales o de los factores de protección) y, por otro, de la falta específica de competencia del clínico en este importante aspecto. El objetivo final para el profesional es que sepa moverse en el resbaladizo terreno de las predicciones, garantizando al mismo tiempo la utilidad clínica para el paciente y el rigor científico.

El diagnóstico precoz y el pronóstico están muy relacionados. Así, se habla de silencio clínico aplicado a las situaciones donde todavía, aunque se esté gestando más o menos insidiosamente el trastorno, su sintomatología no se manifiesta con suficiente nitidez como para ser detectado por el clínico. Esta situación no solo limita la posibilidad de avanzar el diagnóstico, sino que impide intervenir de manera preventiva sobre los síntomas. En cualquier caso, a nivel diagnóstico, si se logra la detección precoz, sobre todo de algún síntoma patognomónico (si los hubiera), ese hallazgo informa sobre los pródromos, lo que facilita la acotación del trastorno.

La tarea de pronosticar exige del clínico disponer de competencias específicas que garanticen el mayor grado de validez de los jui-

cios emitidos. El profesional se enfrenta ante diversos sesgos en esta tarea: 1) de representatividad, que le induce a apoyarse en un número insuficiente y no representativo de datos para efectuar generalizaciones, 2) de inmediación y disponibilidad, que le lleva a considerar más probable lo que mejor recuerda, 3) de anclaje y ajuste, cuando las valoraciones iniciales condicionan demasiado el sentido y función de las informaciones recogidas después, 4) retrospectivo, que hace que se sobrevaloren determinados hechos pasados, y 5) de confirmación, por el que se tiende a sobrevalorar los argumentos que conforman la posición adoptada en un inicio (Tversky y Kahneman, 1983, 1986).

Frente a la rigidez de pensamiento, la insuficiencia reflexiva y la incapacidad de trabajar las metacogniciones, el pronóstico se favorece con la flexibilidad del pensamiento y el *insight* personal, que le lleva al clínico a tomar conciencia del problema, así como de su naturaleza e implicaciones colaterales. La intuición del clínico debe estar autorregulada tanto por la búsqueda de la validez como por el conocimiento de los riesgos de caer en errores y sesgos al conformar los juicios pronósticos.

Por lo que concierne al pronóstico, habrá que comparar las predicciones efectuadas (hipótesis) con los resultados, confirmatorios o no, de las mismas. Conviene que, con el fin de hacer operativas y cuantificables las valoraciones propuestas, en el futuro se elaboren instrumentos de medida con los que pueda compararse lo pronosticado con los resultados finales. Algunas escalas de evaluación, suficientemente sensibles al cambio, podrían facilitar la labor de evaluación del mayor o menor acierto de los pronósticos. Este proceso acarrearía de paso la ventaja de contribuir a depurar la validez predictiva de los factores utilizados como apoyo de los pronósticos clínicos.

El factor decisivo de los pronósticos certeros viene marcado por su validez confirmatoria. Una manera de determinar factores pronósticos se basa en el estudio de cohortes, esto es, de pacientes afectados por un mismo trastorno mental. Los componentes de los estudios forman parte de la cohorte en el momento (incidencia) en que se detecte clínicamente la manifestación del trastorno. Tratándose de predicciones pronósticas, conviene que los seguimientos se aseguren con estudios longitudinales. De este modo, se relacionarán estadísticamente los factores utilizados como predictores con los resultados pronosticables (Álvarez, 1996).

Tengase en cuenta siempre que pronosticar es una tarea arriesgada, cargada de limitaciones. Al igual que sucede con el diagnóstico, el pronóstico se realiza por lo general sin las garantías que proporcionaría conocer las causas y con la complicación añadida de que determinados efectos asumen la función de causas en un escenario que se sitúa en el futuro. Si bien frecuentemente se conocen los factores de riesgo, pocas veces se sabe su ponderación y qué factores están asociados con ellos para modularlos. La verificación científica de los juicios pronósticos otorga al clínico creciente seguridad al dictaminarlos y una mayor confianza en cuanto a su utilidad real.

Conflictos de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Álvarez, R. (1996). *El método científico en las ciencias de la salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Andrés-Pueyo, A. y Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 22, 403-409.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.) (2008). *Manual de psicopatología* (2 vols.). Madrid: McGrawHill.
- Bonner, D., Ron, M., Chalder, T., Butler, S. y Wessely, S. (1993). CFS: a follow up study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 57, 617-621.
- Caballo, V. E. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.

- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (Eds.) (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Centeno, M., Pino, O. y Rojo, J. E. (2006). Esquizofrenia. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (6^a ed.) (pp. 447-468). Barcelona: Masson.
- Correa, J. E. (2012). La importancia de la evaluación por competencias en contextos clínicos dentro de la docencia universitaria en salud. *Revista de Ciencias de la Salud*, 10, 73-82.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Loinaz, I. y Corral, P. (2010). Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la Pareja -Revisada- (EPV-R). *Psicothema*, 22, 1054-1060.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22, 91-96.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., Corral, P. y López-Goñi, J. J. (2009). Assessing the risk markers in femicide and in severe intimate partner violence: A new assessment instrument. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 925-939.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Amor, P. J. y Corral, P. (2010). Variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres violentos contra su pareja tratados psicológicamente en un marco comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 403-420.
- Fariña, F., Arce, R. y Novo, M. (2002). Heurístico de anclaje en las decisiones judiciales. *Psicothema*, 14, 39-46.
- Fernández-Ballesteros, R. (Ed.) (2011). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Márquez, M. O., Vizcarro, C. y Zamarrón, M. D. (2011). *Buenas prácticas y competencias en evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Fundación La Caixa (2013). Guía para la integración laboral de las personas con trastorno mental.
- Geekie, J. (2006). Escuchar las voces que oímos. En J. Read, L. R. Mosher y R. P. Bentall (Eds.), *Modelos de locura* (pp. 181-195). Barcelona: Herder.
- Godoy, A. (2001). Conocimientos clínicos y proceso de evaluación. *Escritos de Psicología*, 5, 1-20.
- Godoy, A. y Gavino, A. (1999). Conocimiento científico-básico y conocimiento clínico-aplicado: su papel en la realización de diagnósticos clínicos. En F. Silva (Ed.), *Avances en evaluación psicológica* (pp. 79-125). Valencia: Promolibro.
- Haynes, S. N. (1994). Juicio clínico y diseño de programas de intervención conductual: estimación de la magnitud de los efectos de la intervención. *Psicología Conductual*, 2, 165-184.
- Hilarión, P. y Koatz, D. (2013). *Guía para la integración laboral de las personas con trastorno mental*. Barcelona: Fundación "La Caixa".
- Ibáñez, C. (2003). De la teoría psicológica a los datos empíricos: camino de ida y vuelta. *Psiquis*, 24, 30-40.
- Ibáñez, C. (2005). Más allá de la clasificación diagnóstica: la calidad de la asistencia clínica. *Psiquis*, 26, 37-49.
- Ibáñez, C. (2013). La elaboración de interpretaciones en evaluación clínica. *Summa Psicológica UST*, 10, 131-142.
- Ibáñez, C. y Maganto, C. (2009). El proceso de evaluación clínica: cogniciones del evaluador. *Summa Psicológica UST*, 6, 81-99.
- Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. Barcelona: Debate.
- Manicavasagar, V., Silove, D. y Hadzi-Pavlovic, D. (1998). Subpopulations of early separation anxiety: relevance to risk of adult anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 48, 181-190.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Muñoz, M. (2003). *Manual de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.
- Murquiz, A. (2013). Configuración de la psicopatología y práctica psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33, 575-592.
- Navarro, J. (2009). Enfermedad y familia: evaluación e intervención. En J. A. Ríos (Ed.), *Personalidad, madurez humana y contexto familiar* (pp. 285-309). Madrid: Ed. CCS.
- O'Brien, W. H. y Haynes, S. N. (1997). Análisis funcional de la conducta. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación psicológica* (pp. 493-521). Madrid: Siglo XXI.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Méditor.
- Pérez, E., Ausín, B. y Muñoz, M. (2006). El informe psicológico clínico. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 515-554). Madrid: Pirámide.
- Perpiñá, C. (2011). Trastornos alimentarios. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 571-599). Madrid: Pirámide.
- Redondo, S. y Andrés-Pueyo, A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo*, 28, 147-156.
- Robert, C. y Botella, C. (2009). Trastornos de control de impulsos: el juego patológico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 2, pp. 423-448). Madrid: McGrawHill.
- Sánchez-Planell, L. y Prats, M. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (6^a ed.) (pp. 295-319). Barcelona: Masson.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. y Echeburúa, E. (2012). Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales. *Terapia Psicológica*, 30, 7-18.
- Sirvent, C., Moral, M. V., Blanco, P. y Rivas, C. (2009). Sufrimiento psíquico y sentimientos negativos. *Psicología.com*, 13, 1.
- Tversky, A. y Kahneman, D. (1983). Extensional vs. intuitive reasoning: the conjunction fallacy in probability judgment. *Psychological Review*, 90, 293-315.
- Tversky, A. y Kahneman, D. (1986). Judgment under uncertainty: heuristics and biases. En H. A. Arkes y K. R. Hammond (Eds.), *Judgment and decision making: an interdisciplinary reader* (pp. 38-55). Cambridge: Cambridge University Press.
- Vallejo, J. (Ed.) (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (7^a ed.). Barcelona: Masson.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (2009). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 2, pp. 233-269). Madrid: McGrawHill.