

Elaboración y validación del Cuestionario Multidimensional para la evaluación psicológica del dolor: GEMAT. Un procedimiento para determinar la necesidad de atención psicológica especializada para los enfermos con dolor crónico* .

Referencia: Martín M (2002): La evaluación psicológica del dolor. Estrategias para nuestro medio.

Tesis Doctoral

Universidad de Ciencias Médicas de la Habana

Introducción:

Las particularidades de la asistencia psicológica en nuestros servicios de salud demanda la creación de instrumentos que respondan a problemas propios. La necesidad de realizar un estudio psicológico multidimensional, de amplio espectro y profundidad tropieza con el problema práctico que se deriva de la premura con que hay que realizar esta evaluación y el número de personas que requieren de tratamiento para el dolor. En muchas ocasiones, se prescinde de este tipo de estudios por no contarse con suficiente personal calificado para ello o por carecerse de los recursos y el tiempo que la evaluación psicológica necesita. Sólo son derivados hacia las consultas de Psicología, aquellos casos en los que el médico observa una alteración evidente del comportamiento o los que presentan dificultades en la relación médico-paciente⁽²²⁰⁾.

Por ello actualmente, se plantea la necesidad de utilizar instrumentos que permitan discriminar a los sujetos con dolor crónico que requieran de la atención psicológica especializada para lograr una mejoría sustancial de sus problemas de dolor⁽²²⁰⁾ de aquellos que requieren simplemente apoyo o incluso una simple aclaración sobre los procedimientos terapéuticos que pueden ser utilizados en su caso, toda vez que, aunque los factores psicológicos siempre están presentes en el dolor, su influencia en el curso clínico del mismo no es siempre patógena.

A inicios de la década de los 90, un grupo de psicólogos de diferentes instituciones de salud de la Ciudad de la Habana comienza a trabajar en el desarrollo y la aplicación de la Psicología al campo de dolor, a partir de la asimilación de la vasta experiencia internacional en esta temática. Uno de los primeros problemas que hubo que enfrentar era la carencia de instrumentos válidos para la evaluación de estos enfermos que

* N. del A: El GEMAT fue elaborado por la autora de esta Tesis y los psicólogos J.Grau, M.T. Hernández, A.Lorenzo, E.Tabío. N.Rial y el ingeniero SAD A.Hernández colaboraron en la elaboración de la versión automatizada. El psicólogo J.C. García es coautor del estudio realizado para evaluar la validez predictiva. Las psicólogas M.J. Pallarés de la Clínica del Dolor del Hospital "La Fe" de Valencia, España y M.Lechuga, de Chile, han aportado valiosas sugerencias para el perfeccionamiento del instrumento.

respondieran a las exigencias de la práctica en un sistema de salud, como el cubano, que se caracteriza por su la atención masiva a la población.

Se necesitaba contar con una herramienta que permitiera ordenar y abreviar el proceso de evaluación psicológica de los enfermos con dolor crónico, dada la urgencia relativa que requiere la atención a estos pacientes. El GEMAT es un instrumento para la evaluación psicológica que pretende de alguna manera, dar respuesta a estas necesidades.

El GEMAT como instrumento: estructura y objetivos

El GEMAT tiene dos objetivos fundamentales:

1. Identificar los factores clínicopsicológicos que intervienen de forma negativa en el dolor crónico de un paciente en un momento determinado, así como sus "áreas conservadas" y potencialidades de afrontamiento
2. Obtener criterios para la decisión de cuales pacientes necesitarán de una atención psicológica especializada.

Para su confección, fueron estudiados diversos procedimientos utilizados para el diagnóstico de los distintos factores psicológicos relacionados con el dolor. A partir de este trabajo y de la propia experiencia clínica de los autores se elaboró un cuestionario que consta de 13 conjuntos de ítems que permiten la calificación de 10 criterios, los cuales conforman un perfil de cuya configuración se deriva la determinación de la necesidad de atención psicológica especializada y la identificación de los factores psicológicos que potencialmente intervienen de manera negativa en el curso y pronóstico del dolor (figuras 7 y 8).

De estos criterios, algunos están directamente relacionados con características clínicas del dolor que pueden influir en la determinación de necesidad de valoración psicológica. Por ejemplo, el criterio 1. JUSTIFICACIÓN LESIONAL, se basa en el hecho de que uno de los motivos más frecuentes de remisión de los pacientes a Consulta de Psicología es la ausencia de una explicación médica a las quejas y síntomas de los pacientes ⁽²²¹⁾. Incluye cuatro categorías que van desde ausencia de lesión que permita explicar las quejas del paciente hasta la certeza de un daño biológico o funcional que se corresponda plenamente con el dolor. Esta información se obtiene a través del análisis de la Historia Clínica del paciente y/o del criterio de su médico de asistencia.

El criterio 2. CRONICIDAD se basa en la relación establecida entre la cronicidad del dolor y la presencia de factores psicológicos que actúen de alguna manera en la

perpetuación de las conductas de dolor ⁽²²²⁾, ya discutido con amplitud en la fundamentación teórica de esta tesis. Se refiere al tiempo de evolución del dolor y lo clasifica de acuerdo a los criterios de cronicidad

El criterio 3. FRECUENCIA evalúa el reporte del sujeto acerca de la frecuencia de las crisis y parte del supuesto que una mayor frecuencia de las crisis dolorosas podría asociarse a mayor discapacidad y malestar emocional ⁽²²¹⁾. El criterio 4. GENERALIZACIÓN DEL DOLOR valora el reporte del paciente acerca de la "extensión" del dolor fuera de la localización inicial. Parte de la observación clínica de que este factor está asociado al diagnóstico de problemas de dolor (principalmente de tipo osteomioarticular y reumático) en los que la tensión emocional juega un papel importante en su etiopatogenia y curso ⁽²²³⁾.

El criterio 5. LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD evalúa el autoreporte del sujeto acerca de cómo el dolor interfiere en sus actividades cotidianas, basado en el supuesto de que esta limitación puede generar mayor sufrimiento emocional ⁽²²⁴⁾. Sin embargo, no siempre existe asociación entre la limitación objetiva de la actividad y el sufrimiento, por lo que el GEMAT incluye un criterio, el criterio 6 SUFRIMIENTO POR LAS LIMITACIONES que se centra en este aspecto. Cómo es lógico suponer, una marcada diferencia entre las limitaciones reales que produce el dolor y el sufrimiento generado por estas puede indicar que el paciente está utilizando determinadas estrategias de afrontamiento o mecanismos de defensa que pueden influir de forma importante en la evolución de su cuadro clínico.

El criterio 7. VINCULACIÓN DE ESTADOS EMOCIONALES CON CONDUCTAS Y SÍNTOMAS es de carácter clínico-psicológico. Valora el reporte de estados emocionales negativos y su relación con el curso del dolor, tal y como se reporta en la literatura ⁽⁵¹⁻⁷⁵⁾. Se subdivide convencionalmente en tres subcriterios: ansiedad, depresión y astenia, este último síndrome se incluye por la frecuencia con que se reporta en los pacientes con dolor crónico y su vinculación con algunos cuadros dolorosos como la fibromialgia ⁽²²³⁾.

Los restantes criterios son de carácter eminentemente psicológicos y se fundamentan en los reportes de la literatura especializada sobre el tema. Se evalúan de forma indirecta, a través de la combinación de las respuestas a diversas preguntas del cuestionario, con el fin de eludir algunas de las críticas que se le ha señalado a la evaluación de los intervenciones entre el afrontamiento y el apoyo social en los enfermos crónicos ya analizadas en la Fundamentación Teórica.

El criterio 8. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y CREENCIAS evalúa cinco dimensiones consideradas relevantes ⁽⁸²⁻¹⁰⁷⁾

8.1- AFRONTAMIENTO UNIDIRECCIONAL: Pretende conocer cuán flexible es la persona en el uso de diversas estrategias para enfrentar el dolor, partiendo del supuesto de que mientras más unidireccional y rígido se es en el uso de estas estrategias, más dificultades encontrará el sujeto para la adaptación o solución de los problemas ^(90-1, 96) .

8.2- AFRONTAMIENTOS NOCIVOS: Evalúa la frecuencia reportada de determinados afrontamientos asociados a peor pronóstico y a mayor grado de malestar emocional (como el afrontamiento pasivo y el catastrofismo) ^(91, 106-7)

8.3- PREDICTIBILIDAD: Valora la creencia del sujeto acerca de si puede predecir las crisis dolorosas y su eficacia para evitarlas o controlarlas. Se supone que la incapacidad de control es desestabilizadora. ⁽⁹⁸⁻⁹⁾

8.4- EXPECTATIVAS: Evalúa expectativas con respecto a posibilidades de curación. ^(97-104, 229)

8.5- CONTROLABILIDAD: Control percibido del dolor y de las limitaciones que este impone . ⁽⁹⁷⁻¹⁰⁰⁾

El criterio 9 GRADO DE VINCULACIÓN ENTRE ÁREAS PROBLEMÁTICAS Y DOLOR Valora la existencia conflictos, frustraciones o insatisfacciones personales y su relación con el curso del dolor ^(221,223)

El último de los criterios, el 10.GANANCIAS indica el grado en que es posible que el paciente esté obteniendo algunos beneficios que refuerzan los comportamientos de dolor. ^(1, 4., 13, 21,230,)

La determinación de la necesidad de atención psicológica especializada se hace a través de la inspección visual del perfil. Se considera que necesitan atención psicológica especializada aquellos sujetos que presentan perfiles en los que las puntuaciones obtenidas en la mayoría de los criterios sobrepasan la mediana (1.5). Sin embargo, la decisión acerca del tipo y magnitud de la atención psicológica le corresponde al usuario, quién tendrá en cuenta otros factores relevantes en la práctica (recursos disponibles, tiempo, urgencia, etc.).

El cuestionario puede aplicarse y calificarse de manera manual y también de forma automatizada. Hay preguntas que se corresponden directamente con un criterio, mientras que la calificación de otros criterios exige el uso de las claves de calificación. De hecho, el GEMAT es un conjunto de pruebas que permiten evaluar aspectos psicológicos relevantes para el diagnóstico integral del dolor, por tanto, algunos de los

subtests pueden usarse por separado para la investigación de problemas particulares y para evaluar los cambios que se producen en dimensiones psicológicas concretas como resultado de los tratamientos

Estudios de validación

Estudio 1:

Objetivo:

Conocer la correlación que existe entre el diagnóstico de la necesidad de atención psicológica especializada para el dolor que se obtiene a través del GEMAT con ese mismo diagnóstico obtenido a través de los procedimientos convencionales (entrevistas y pruebas psicológicas.)

Metodología:

Se realizó un estudio comparativo transversal experimental a "doble ciego" con el fin de comparar el juicio clínico de tres psicólogos con experiencia en el trabajo con este tipo de paciente y el diagnóstico obtenido a través del GEMAT acerca de la necesidad de atención psicológica especializada.

Los psicólogos decidieron de manera independiente si el paciente necesitaba o no de atención psicológica especializada a partir de los datos proporcionados por una entrevista exploratoria de aproximadamente una hora de duración sobre los aspectos psicológicos relevantes para el diagnóstico y tratamiento del dolor y los resultados obtenidos por el paciente en varias pruebas psicológicas para la evaluación de estados emocionales (IDARE, BDI), un Cuestionario de creencias y actitudes hacia el dolor (CAD) y una prueba para evaluar el impacto del dolor en las relaciones interpersonales y la actividad (E-DARI). En total, este proceso de evaluación se toma tres sesiones de trabajo con el paciente de una hora de duración aproximadamente cada una.

El GEMAT fue administrado al paciente de forma convencional por un psicometrista conjuntamente con las otras pruebas, como parte de su valoración psicológica. De esta manera, el paciente desconocía que se iba a comparar los resultados del GEMAT con el diagnóstico obtenido a través de los restantes procedimientos. La calificación del GEMAT se realizó mediante la computadora y se obtuvieron puntuaciones que conforman el perfil. La introducción de los datos y respuestas de los sujetos fue realizada por un Ingeniero en Computación, quien imprimió los perfiles y adjudicó un código de identificación a cada planilla. Él era el único investigador que conocía los

códigos de identificación de los casos. Estos perfiles fueron analizados de manera independiente por los tres psicólogos para decidir si el sujeto necesitaba o no atención psicológica especializada sin que se conociera por parte de los investigadores a qué sujetos pertenecían.

Los sujetos fueron aleatoriamente seleccionados de las consultas y salas del Servicio Nacional de Reumatología del Hospital Clínico Quirúrgico "10 de Octubre" de la Ciudad de la Habana durante los meses de septiembre, octubre de 1993. Se excluyeron a los pacientes con escolaridad inferior a 9no grado y a los que presentaban retraso mental, psicosis, demencia u otra condición que impidiera la ejecución de las pruebas psicológicas.

Los pacientes no conocían la finalidad del estudio pues este se realizó en el marco de la atención convencional, aunque se les solicitó su aprobación para utilizar los datos para una investigación. Todos los pacientes que de acuerdo al juicio obtenido por el psicólogo mediante los procedimientos convencionales necesitaban tratamiento, lo recibieron.

Para conformar la muestra se tuvieron en cuenta los casos en que al menos dos psicólogos, de manera independiente, coincidían en la valoración de la necesidad de atención psicológica (tanto de si la necesitaban como si no la necesitaban). 17 casos fueron excluidos por no cumplirse este requisito con respecto al diagnóstico obtenido mediante los procedimientos convencionales y 23 por no cumplirse con respecto al diagnóstico obtenido mediante el GEMAT. O sea, que fueron excluidos 40 pacientes.

La muestra estuvo constituida por 46 pacientes con dolor crónico osteomioarticular, 32 de ellos mujeres, con una edad promedio de 42.7 años y una SD de 8.7. El 52.6 % de los sujetos tenía escolaridad media superior, el 35.3 % escolaridad media inferior y el resto eran universitarios. El 62.3 % de los pacientes estaban casados. En todos los casos existía un diagnóstico confirmado de enfermedad reumática (23% de los casos padecían de artritis reumatoide, 30.2 % de espondilitis anquilopoyética y los restantes de osteoartrosis).

Resultados:

La tabla 15 muestra los valores de media, desviación estándar, mediana y moda, obtenidos por los sujetos en cada uno de los criterios del GEMAT.

En la tabla 16 se muestran los resultados del análisis de correspondencia entre el juicio clínico y el diagnóstico del GEMAT. Se considera juicio clínico o GEMAT positivo cuando resulta necesaria atención psicológica especializada. Como puede observarse,

en el 45.6% de la muestra tanto el GEMAT como el juicio clínico coinciden en la recomendación de atención psicológica especializada. La correspondencia entre el juicio clínico y el del GEMAT fue de 69.86% con un 3.9% de falsos positivos y 15.2% de falsos negativos, lo que representa un valor de r estadísticamente significativo para $p=0.05$.

Para corroborar la capacidad del GEMAT de clasificar a los pacientes en función de la necesidad de atención psicológica se realizó un análisis discriminante. Este análisis pudo discriminar correctamente el 89.66% de los casos (tabla 17)

Estudio 2

Objetivos

1. Determinar la correlación de las subescalas del GEMAT que evalúan los estados emocionales (criterio 7) con el IDARE y el BDI
2. Determinar la correlación entre la subescala del GEMAT que ofrecen información sobre la interferencia del dolor en la actividad (criterios 5) y las subescalas del E-DARI que cumplen esos mismos fines.

Metodología

Se obtuvieron los casos de la Consulta de Psicología del Servicio Nacional de Reumatología del Hospital 10 de Octubre. Todos los pacientes fueron remitidos por los especialistas en Reumatología, quienes hicieron el diagnóstico de la enfermedad reumática, para valoración de necesidad de atención psicológica. Se seleccionaron a los sujetos a quienes se les había aplicado el GEMAT, el IDARE, el BDI y el E-DARI en los marcos del estudio psicológico con fines asistenciales, durante el período comprendido entre noviembre de 1993 y febrero de 1994.

Se trabajó con una muestra de 50 pacientes con osteoartrosis y fibromialgia, en la que predominaba el sexo femenino (70.8%), la escolaridad media (45.6%), la fibromialgia (54.2%) y las edades entre 35 y 60 años (67.8%).

Resultados

Se estudiaron las correlaciones entre las calificaciones obtenidas por los sujetos en el criterio 7: "Vinculación de estados emocionales negativos y dolor" con las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y el Inventario de Depresión de BDI (BDI), las que aparecen en la tabla 18.

Las correlaciones entre el IDARE, el BDI y el criterio "Vinculación de estados emocionales con conductas y síntomas de dolor" resultaron significativas, salvo la de

astenia con el BDI. Estos resultados hablan a favor de la utilidad de la subescala para la evaluación de la ansiedad y la depresión en enfermos con dolor crónico.

También se obtuvieron las correlaciones entre las calificaciones de los sujetos en el E-DARI y el criterio "Limitación de la actividad del GEMAT". Para este procesamiento se escogieron solo las subescalas del E-DARI que se encuentran relacionadas con la limitación de la actividad. Los resultados aparecen en la tabla 19.

Estudio 3

Objetivo

Establecer la validez predictiva del GEMAT

Metodología

Se trabajó con una muestra de 100 sujetos con diversos problemas de dolor crónico (neurológico, reumático, oncológico) que fueron atendidos en la Clínica del Dolor del Hospital "10 de Octubre" de la Ciudad de la Habana durante el período comprendido entre octubre de 1994 y marzo de 1995. Los datos fueron obtenidos a partir de la revisión de las Historias Clínicas de los pacientes. Esta remisión se realizó entre septiembre y noviembre de 1995, o sea, entre seis y nueve meses después de que el paciente fuera atendido.

Se utilizó un estudio longitudinal observacional retrospectivo con diseño aleatorizado por bloques que incluyó los siguientes subgrupos muestrales: un subgrupo A que incluyó 75 pacientes a los que les fue aplicado el GEMAT al inicio de su estudio en la Clínica del Dolor y un subgrupo B, de 25 casos, a los que no se les aplicó el GEMAT. Estos subgrupos se dividieron a su vez de la siguiente manera:

grupo A1: el GEMAT indicó la necesidad de atención psicológica y la recibieron
(25 casos)

grupo A2: el GEMAT indicó que no necesitaban atención psicológica y no la recibieron
(25 casos)

grupo A3: el GEMAT indicó que necesitaban atención psicológica y no la recibieron
(25 casos)

grupo B: no se aplicó GEMAT ni ningún tipo de evaluación o tratamiento psicológico
(25 casos)

Los subgrupos fueron homogéneos en cuanto a su composición por sexo, tipos de dolor, tiempo de evolución y edad, predominando en todos el sexo femenino (60%-75%), el dolor reumático y neurológico (75%-82,7%), un tiempo promedio de

evolución de 10,3 meses y una edad promedio de 52,4 años.

Para determinar la necesidad de atención psicológica según el GEMAT se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- más de 7 criterios con puntuaciones por encima de la mediana (1.5).
- puntuaciones por encima de 1.5 en los criterios 7 (estados emocionales), 8b (enfrentamiento nocivo) y 10 (ganancias), aunque no se cumplieran los dos requisitos anteriores.

Todos los sujetos recibieron el mismo tipo de tratamiento médico, consistente en acupuntura y en los casos que recibieron tratamiento psicológico, este siempre consistió en adiestramiento en técnicas de relajación (con ejercicios respiratorios) y apoyo.

Para evaluar la evolución se tuvieron en cuenta dos parámetros:

- diferencias en la intensidad del dolor referida al inicio y al final del tratamiento, según una escala analógico visual (EAV).
- número de sesiones de acupuntura que requirió el sujeto.

Resultados:

Las diferencias entre la EAV inicial y final resultaron altamente significativas entre todos los grupos ($p < 0.0001$) lo cual era esperable ya que todos los sujetos recibieron tratamiento para el dolor. El ANOVA ONEWAY no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con respecto a la intensidad del dolor al inicio del tratamiento, mientras que sí encontró significación de las diferencias con respecto a la intensidad del dolor reportada (EAV) al final ($p=0.016$). A través de la Prueba U-Mann Whitney se pudo localizar que estas diferencias se producían entre el grupo que el GEMAT señalaba que no necesitaban tratamiento psicológico y el grupo de sujetos que no fue evaluado con el GEMAT y no recibió tratamiento psicológico ($p=0.002$). En el gráfico 4 se ilustran estos resultados.

Encontramos diferencias estadísticamente muy significativas ($T=-4.25$, $p=9.6804E-5$) entre el número de sesiones de acupuntura que necesitó el grupo de pacientes que según el GEMAT debían recibir tratamiento psicológico y lo tuvieron ($X=6.4$, $SD=2.7081$) y entre los pacientes que no fueron evaluados con el GEMAT ni recibieron tratamiento psicológico ($X=9.2$, $SD=1.8708$). También resultaron significativas las diferencias entre los pacientes que recibieron tratamiento psicológico y los que no lo recibieron aún cuando el GEMAT indicaba que lo necesitaban ($T=2.97$, $p=0.000455$); así como entre el grupo de casos que fue evaluado con el GEMAT y no recibió tratamiento psicológico por no necesitarlo y el grupo al que no se le aplicó GEMAT ($t= -2.23$, $p=0.03$).

Validez y utilidad del GEMAT

El GEMAT no compara al sujeto con un grupo de características afines, todo lo contrario, pretende aprehender la individualidad del paciente en el momento de la evaluación y apoyar el juicio clínico, reduciendo el número de horas dedicadas al estudio del caso. Por lo tanto, los principales criterios para su validez son su capacidad de coincidir con el juicio clínico y su valor predictivo. Se destaca la correlación significativa entre el diagnóstico del GEMAT y el juicio clínico acerca de la necesidad de asistencia psicológica especializada en un grupo de pacientes con problemas de dolor de comprobada justificación lesional. Ello, unido al alto porcentaje de pacientes a quienes era recomendable este tipo de atención, basta para apoyar la integración de la evaluación de los factores psicosociales a la valoración cotidiana de los enfermos con síndrome de dolor crónico y estimula a utilizar el GEMAT para estos fines.

En el 39.1 % de los casos hubo divergencias entre el juicio clínico y la recomendación emitida por el GEMAT, lo cual es fundamentalmente perjudicial para el 15.2% de falsos negativos. No obstante, creemos que este riesgo es preferible a la renuncia a la evaluación psicológica de los pacientes, que es la respuesta más común que se da a las dificultades de implementación de esta evaluación en la asistencia cotidiana. El perfeccionamiento posterior del GEMAT puede contribuir a la disminución de esta proporción y aumentar la potencia y eficiencia del instrumento.

Las correlaciones significativas de algunas subescalas con pruebas psicológicas elaboradas para los mismos fines fortalece la validez del GEMAT. Según puede observarse, el criterio 5 "Limitación de la actividad" correlaciona significativamente con los cambios en la frecuencia de realización de las actividades de la vida cotidiana y el apoyo social evaluados con el E-DARI: no así con la interferencia del dolor sobre la vida, lo que puede explicarse porque esta categoría (interferencia del dolor sobre la vida) parece estar más relacionada con conflictos en las relaciones familiares que con la limitación objetiva que pueda tener el paciente, según estudios anteriores⁽²²⁵⁾.

Los pacientes que de acuerdo al GEMAT no necesitan tratamiento psicológico para su dolor son los que mejor respondieron al tratamiento con medicina tradicional. Este resultado es consecuente con lo reportado en la literatura con respecto a otras modalidades de tratamiento médico convencional⁽²²⁶⁻⁷⁾. Asimismo, se corrobora la validez predictiva del GEMAT al constatarse que los pacientes que según el diagnóstico obtenido a través del instrumento, necesitaban atención psicológica y no la

recibieron, requirieron de un número mayor de sesiones de acupuntura que aquellos que sí la recibieron. Es interesante que, al parecer, una intervención psicológica sencilla (incluso la evaluación con el consiguiente proceso de autoreflexión que esta implica) contribuye de alguna manera a acelerar el proceso de mejoría, disminuyendo el número de sesiones de acupuntura que necesita el paciente, principalmente en los sujetos que presentan problemas de dolor crónico que están influenciados negativamente por factores psicosociales.

La mayor utilidad del GEMAT estriba en la reducción del tiempo y del esfuerzo destinado a la evaluación psicológica pues permite obtener una "fotografía"* de las principales dimensiones clínicas y psicológicas que pueden influir en la evolución del dolor. Se le pueden señalar como aspecto negativo que la calificación manual resulta algo engorrosa, aunque es más confiable que la versión automatizada de que disponemos actualmente. Además, dada la imposibilidad de contar con ordenadores en todas nuestras unidades asistenciales que atienden a pacientes con dolor, la calificación manual será la que con más probabilidades se generalice. Una forma de resolver este problema es crear plantillas para la calificación, similares a las que se usan con otros procedimientos ampliamente difundidos en nuestro contexto como el MMPI y el 16PF. Otro señalamiento negativo es que en la versión actual hay algunos ítems que pueden resultar de difícil comprensión para pacientes con baja escolaridad. Actualmente se trabaja con vistas a eliminar estas deficiencias.

Deberá investigarse si la correspondencia entre el juicio clínico y el diagnóstico obtenido a través del GEMAT puede modificarse según la patología y otras características clínicas o sociodemográficas. También deberá trabajarse en la precisión de los criterios para la decisión de atención psicológica especializada. Otra línea de investigación prometedora es la relación posible entre el diagnóstico obtenido a través del GEMAT, las indicaciones terapéuticas y la eficacia de los tratamientos.

* N. del A: Quizás el término "fotografía" no sea el más feliz dado que las complejidades del estudio del comportamiento humano determinan que estemos muy lejos de aproximarnos al nivel de detalle y precisión que permite la fotografía. Sirva pues la metáfora sólo para enfatizar el carácter circunstancial y momentáneo del diagnóstico que permite el GEMAT.

