

El proceso de evaluación clínica: cogniciones del evaluador

The process of clinical assessment: cognitions of the evaluator

Carmelo Ibáñez Aguirre¹ y Carmen Maganto Mateo
Universidad del País Vasco, España

(Recepción: Noviembre 2008 – Aceptación: Junio 2009)

Resumen

El paradigma cognitivo dominante en las últimas décadas abre nuevas posibilidades a la evaluación psicológica en varias direcciones. El objetivo del presente trabajo es destacar las vinculadas a la calidad de las propias cogniciones del evaluador mientras realiza su tarea, es decir, la autoevaluación del propio profesional, lo que supone una actividad autocrítica de su propio proceso evaluador. Se analizan las actividades y estrategias metacognitivas y se relacionan con las habilidades cognitivas y metacognitivas. Se trata de un trabajo de revisión teórica que intenta dar respuesta a la praxis profesional del evaluador clínico. Los resultados indican que el profesional clínico, a través de la reflexividad, autoanálisis y actitud autocrítica, debe plantearse estrategias que fomenten las habilidades cognitivas y metacognitivas para mejorar la calidad y eficiencia de su trabajo

Palabras clave: Proceso de evaluación clínica, procesos cognitivos del evaluador, habilidades metacognitivas, sesgos cognitivos.

Abstract

The cognitive paradigm of the past few decades opens several new possibilities for psychological evaluation. The objective of this essay is to emphasize the possibilities related to the quality of self-evaluation, specifically professional self-assessment, meaning a critical analysis of one's own evaluation process. In this essay, metacognition activities and strategies are examined, as are the ways in which these activities and strategies relate to metacognition and cognitive skills. The intent of this theoretical essay is to offer answers to the clinical evaluator's professional experience. The results indicate that the clinical professional must consider strategies to improve metacognition and cognitive skills through reflection, self-analysis and self-criticism to improve the quality and efficiency of their work.

Key words: Clinical evaluation process, evaluator cognitive processes, metacognitives abilities, evaluator cognitive bias.

1 Correspondencia a: 1) Carmelo Ibáñez Aguirre, Avda. de Tolosa, 70. San Sebastián-20018 Email: carmelo.ibanez@ehu.es Tfno: 34-943015638 Fax: 34-943015670 Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, España. 2) Carmen Maganto Mateo, Avda. de Tolosa, 70. San Sebastián-20018 Email: carmen.maganto@ehu.es Tfno: 34-943018344 Fax: 34-943015670 Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, España

Introducción

En el mundo desarrollado actual la mejora de la calidad y de la competitividad invitan al desarrollo del conocimiento. En el sector industrial se pasa del tradicional énfasis en lo económico a una economía del conocimiento. Como es natural esta estrategia se manifiesta con especial intensidad entre los diferentes profesionales del conocimiento humano complejo, los clínicos entre ellos. Así, la permanente mejora de la calidad profesional en el ámbito de la salud exige a los clínicos mantener la tensión de una continua superación innovadora, lo que pasa por la permanente actualización de sus conocimientos y la revisión de sus modos de trabajar.

De este modo, para la evaluación de la calidad de las realizaciones profesionales de los clínicos es conveniente – entre otros varios criterios - conocer la calidad de las cogniciones en las que se apoyan para aplicar sus conocimientos en las distintas tareas a su cargo. Para mayor concreción, en este trabajo nos ceñiremos al análisis de las tareas evaluadoras, es decir, al proceso de cogniciones del clínico evaluador. Del mismo modo que cabe evaluar productos de conocimiento desde fuera (heteroevaluación), para evaluar el proceso de cogniciones se requiere necesariamente la colaboración y protagonismo del propio clínico (autoevaluación). El primer tipo de evaluación la realizan grupos de expertos y el segundo los propios profesionales afectados, vía introspección autocrítica, apoyados en procedimientos estructurados o no estructurados. En cualquier caso, a nuestro entender, como punto de partida para la adecuada aplicación de dicha autoevaluación y las consiguientes posibilidades de mejora que con ella se abren, importa analizar las variables cognitivas implicadas en el proceso de evaluación clínica.

Es una reflexión en clave cognitiva, cercana a algunas de las preocupaciones de la epistemología. Se ocupa por tanto del saber, del grado en que éste resulta cierto, de en qué consiste el acto de conocer, y de la relación que al respecto se establece entre el cognoscente y el objeto de conocimiento.

La capacidad autorreguladora, autorreflexiva y autoevaluativa de las propias acciones, incluidas las cognitivas, forman parte de las características que definen la naturaleza humana y con mayor razón la de los profesionales de la clínica. De hecho, es en ellas que se sustenta la metacognición (Bandura, 1987; Efklides, 2009). Se apoya en el yo como sistema cognitivo de autorreferencia, inseparable en los humanos de las tareas de categorización, evaluación y procesamiento de las informaciones (Vázquez, 1986). Se enfatiza el conocimiento de los procesos cognitivos desarrollados por el evaluador clínico durante el proceso de conocimiento del paciente y sus problemas. De las cuatro partes que esquemáticamente cabe diferenciar en el conocimiento - el sujeto que conoce, el objeto conocido, los resultados o producto del conocimiento, y las operaciones conducentes a conocer - son estas últimas las que aquí nos interesan específicamente.

Se trata de un trabajo teórico que intenta dar respuesta conceptual a los problemas derivados de la praxis profesional del clínico evaluador. Se ha trabajado desde una metodología hermenéutica y de revisión teórica con el apoyo de las técnicas al uso: elección del tema, aproximación conceptual, revisión específica de la bibliografía sobre el tema y conclusiones conceptuales.

El presente estudio trata de dar cuenta de: 1) El proceso de evaluación clínica. 2) Las cogniciones movilizadas en la mente del clínico. Entre ellas: a) los procesos cognitivos; b) computación de representaciones simbólicas; c) el razonamiento y la intuición; y d) las representaciones mentales. Las metacogniciones del evaluador, sus sesgos y limitaciones, y sus habilidades cognitivas. 3) La evaluación de las habilidades metacognitivas del evaluador clínico, para de este modo conseguir desarrollarlas y optimizar sus cogniciones en aras de una mejora de la calidad de su desempeño profesional.

1. El proceso de evaluación clínica

La evaluación clínica es el proceso que se sigue para recoger, valorar e interpretar la información necesaria a fin de poder tomar las decisiones que contribuyan a solucionar los problemas que afectan al paciente. El estudio de la evaluación clínica trasciende la valoración de sus resultados para fijar asimismo la atención en los procesos (Godoy, 1996; Silva, 1988). Entre las tareas que lleva a efecto el clínico para materializar sus objetivos, se hallan sus propias cogniciones, el sistema de procesos mentales que conducen a transformar, reducir, elaborar, almacenar, recobrar o utilizar el conjunto de la información recogida en las distintas fases del proceso en cuestión (Fernández-Ballesteros, 2004; Neisser, 1979).

El protagonismo constructivo del clínico a lo largo del proceso evaluador se esquematiza en las cuatro fases siguientes: 1) Análisis de la demanda. 2) Análisis del problema. 3) Síntesis de la evaluación diagnóstica 4) Indicación del tratamiento (De Bruyn, 1992).

El proceso de evaluación clínica reproduce el proceso de pensamiento, y sus estrategias son sintetizables en tres fases: a) el punto de partida o planteamiento del problema; b) las operaciones y transformaciones simbólicas que incluyen el planteamiento conjetural de hipótesis; y c) la contrastación de los supuestos hipotéticos elaborados en función de los objetivos, para su oportuna verificación. Y si esto no fuera posible, la necesidad de reformular el problema (Kuhn, 2000). En ambos supuestos se tratará de ir más allá de lo dado (la pregunta, el problema), hasta alcanzar el conocimiento necesario que satisfaga la solución. En este sentido, no es de extrañar que en ocasiones se haya hecho equivalente pensamiento a “solución de problemas” (Mayor, Suengas y González-Marqués, 1993; Minervino, 2005).

Las tareas a realizar, en función de los objetivos específicos de cada una de las fases del proceso de evaluación, incluyen las cogniciones del evaluador al aplicar el método inductivo-hipotético-deductivo. Así, en la fase de formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables, el clínico pasa por un momento inductivo, no exento de creatividad, al que seguirá un momento deductivo en el que se planteará deducciones verificables sobre el caso, etcétera (Gabucio y Lichtenstein, 2005)

Así pues, es importante prestar atención al estudio del sistema complejo de procesos cognitivos interactuantes en la mente del evaluador clínico. Éste genera activamente la información, la codifica, la transforma y manipula de múltiples formas (no sólo con razonamiento), a fin de avanzar en el conocimiento pertinente a la tarea evaluadora, y de esa manera resolver los difíciles problemas que ésta acarrea (Dunlosky, Hertzog, Kennedy y Thiede, 2005; Salonen, Vauras y Efklides, 2005).

Algunas estrategias mentales útiles para la resolución de problemas son: pensar en otro problema que sea análogo y tratarlo de resolverlo; compararlo con otro problema conocido, de la misma clase pero más simple que el que nos ocupa; simplificar el problema buscando, como vía de entendimiento, casos especiales; generalizarlo para ver si de esa manera puede resolverse; y dividirlo en partes más pequeñas para hacerlo manejable. Las dos primeras estrategias expuestas las aplica con frecuencia el evaluador clínico experto, remitiéndose a lo que ya le es conocido por su experiencia (Efklides y Dina, 2004). Las restantes se centran más en elaboraciones más o menos ingeniosas de acercamiento a las claves de comprensión del problema.

En España, una comisión de expertos ha desarrollado las *Guías del Proceso de Evaluación o Guidelines for the Assessment Process* (GAP) (Fernández-Ballesteros et al., 2003), que dividen las tareas a realizar por el evaluador clínico en cuatro fases: 1) Análisis del caso o evaluación descriptiva. Incluye las tareas de exploración inicial, primeras descripciones, selección de estrategias de recogida de información, detección de problemas, aislar síntomas, seleccionar variables relevantes, etc. 2) Organización e información de los resultados, su elaboración y transmisión al paciente. Representa el núcleo de la evaluación y son múltiples las tareas que comprende: análisis y depuración de la información, su cribado y valoración, la medición, jerarquización, organización, clasificación, articulación y, por supuesto, la consiguiente integración interpretativa. A continuación viene el

planteamiento de hipótesis, seguido de la verificación que las ponga a prueba. Finalmente se llega a la formulación del juicio clínico, con sus correspondientes conclusiones y recomendaciones. 3) Planificación de la intervención. 4) Valoración postratamiento y seguimiento del mismo. El desglose de las acciones a llevar a cabo por parte del evaluador – según las GAP – da lugar a 96 guías. Estas van más o menos cargadas de referencias específicas a tareas cognitivas a desarrollar por parte del evaluador clínico. Dichas referencias le sirven a modo de orientaciones flexibles o sugerencias procedimentales tendentes a optimizar la praxis evaluadora.

A modo de ilustración de las GAP, seleccionamos algunas de las principales guías cargadas de implicaciones cognitivas, las cuales marcan tanto oportunidades cognoscitivas como riesgos de comisión de errores. En la fase de análisis preliminar del caso son, por ejemplo: valorar las posibles consecuencias positivas y negativas, los efectos colaterales de la evaluación; optimizar la justificación, utilidad y calidad del proceso y sus condiciones; comprobar la suficiencia y precisión de la información recabada, etc. En la fase de formulación de hipótesis: establecer constructos idóneos; distinguir entre hipótesis descriptivas, clasificatorias, explicativas y predictivas; generar las hipótesis rivales, etc. Y así con las demás fases del proceso de evaluación clínica.

El listado anterior ejemplifica un conjunto parcial de cogniciones del evaluador clínico dirigidas a alcanzar sus objetivos. El punto de vista metacognitivo busca conocer si las estrategias cognitivas son las más idóneas y si se aplican con el debido rigor y profesionalidad.

Las tareas cognitivas a desarrollar por el evaluador clínico y su limitada capacidad de procesar la información, le induce a utilizar en el proceso representaciones esquematizadas y recursos imaginativos como las hipótesis (verdaderos saltos de lo conocido a lo desconocido), así como a moverse en el ámbito de lo probabilístico en sus juicios, decisiones y actuaciones para la solución de problemas. En el mejor de los supuestos, el clínico de hecho empleará estrategias satisfactorias, pero no necesariamente óptimas (Elstein y Bordage, 1984). De este modo, habrá que reconocer que en el proceso de evaluación se recogen demasiados datos en relación a la capacidad limitada del evaluador para procesarlos. Por ello, acto seguido, se hace necesario utilizar técnicas de reducción y simplificación de la información. Probablemente con menos abundancia de datos se podría efectuar una adecuada evaluación más acorde con las posibilidades cognitivas reales del evaluador medio. Sin embargo, sólo el evaluador cognitivamente dotado y experto se halla en condiciones de afrontar con éxito la cuestión de determinar cuáles son esos relativamente “pocos” datos imprescindibles para realizar eficazmente la tarea en cada caso. En suma, él sí está dotado para saber lo que necesita saber durante la evaluación clínica y tomar las medidas oportunas al respecto.

2. Cogniciones y metacogniciones

2.1. Cogniciones:

La evaluación clínica es una actividad genuinamente cognitiva que requiere ejercitar el razonamiento silogístico, lo que exige planificar, percibir, recordar, pensar, analizar, sintetizar, inferir, valorar, enjuiciar, tomar decisiones, etc. El ser humano, y con mayor razón si cabe el profesional clínico, no se limita a ejercer un conjunto de cogniciones sin relación entre sí, sino que trabaja desde un sistema cognitivo organizado de modo muy complejo, cuyos elementos interactúan entre sí dinámicamente (Flavell, 1984). Estas actividades cognitivas del evaluador, subyacentes a sus funciones como profesional de la clínica, deberían poder ser revisadas, analizadas y perfeccionadas. Estas actividades actúan organizadamente originando procesos metacognitivos del propio saber, y han sido Cooper, Grocutt, Deepak y Bailey (2007) los que los han estudiado en el ámbito de la psicología clínica.

Los conocimientos (*knowledges*) del profesional y sus cogniciones (*cognitions*) en la práctica profesional son inseparables, demandan nuestra atención y deberían ambos ser considerados con atención para su adecuado análisis y valoración. La atención del evaluador clínico debiera ir más allá de los resultados y lograr explorar los procesos implicados. Es decir, debería dar cuenta de las

cogniciones efectuadas por el clínico en el desarrollo de su funciones, saber cuáles son los pasos dados adecuadamente y cuáles los inadecuados o mejorables. Esta complicada labor resulta imposible de llevar adelante sin la propia colaboración del clínico, quien ha de estar dispuesto a confrontarse con sus propias cogniciones, autoanalizarse, autoevaluarse, y en definitiva, conocerse mejor.

Como telón de fondo de las competencias del clínico evaluables, además de sus conocimientos generales y específicos ligados al caso, es importante considerar un conjunto de capacidades imprescindibles en él. Entre ellas, su habilidad práctica, capacidad crítica y analítica, capacidad para la solución de problemas y creatividad, capacidad de comunicación, sensibilidad hacia los valores éticos, habilidades de selección, organización y síntesis de las informaciones, capacidad interpretativa y de utilización de los datos cuantitativos y cualitativos. Además hay que referirse a su capacidad de observación científica, de autonomía en la toma de decisiones, capacidad de trabajo en equipo y capacidad de autoevaluación. Es en esta última en la que se centra prioritariamente la atención en este trabajo. De hecho, si no se está en posesión de esta última capacidad específica, le será imposible al evaluador efectuar cabalmente la evaluación de sus propias cogniciones.

Estos diversos y complejos procesos cognitivos que forman parte de la metacognición han llevado en el momento actual a replantearse la vinculación entre metacognición y nivel sociopersonal del evaluador, así como entre metacognición y afectos (Efklides, 2008; Koriat, 2007). Y así existe una vía incipientemente explorada de investigación que relaciona el carácter dinámico de la autorregulación y co-regulación de las cogniciones, emociones y conductas del profesional evaluador (Efklides, Kourkoulou, Mitsiou y Ziliaskopoulou, 2006; Koriat, 2007).

a) Procesos cognitivos

En el marco cognitivo de explicación del comportamiento conviene referirse no sólo a entidades y disposiciones de naturaleza mental, sino a estados y procesos cognitivos. Los procesos cognitivos parten de la captación de algo (percepción), la focalización en ello (atención), la elaboración de lo percibido (pensamiento), la relación con información disponible (memoria) y su verbalización (lenguaje).

En cada una de estas actividades procesuales los recursos cognitivos se potencian, pero asimismo marcan específicas formas de sesgos y comisión de potenciales errores, a los que aludiremos más adelante. Para Meichembaum (1977) el lenguaje interior sería el regulador del pensamiento y de la conducta en general. El lenguaje interior comprende tanto el lenguaje verbal como las imágenes mentales, y constituye el vehículo que conforma las estructuras cognitivas. Estaría asimismo en la base del control de los metaprocesos, esto es, del control sobre los procesos de pensamiento propios.

La estrecha relación existente entre cogniciones, metacogniciones y lenguaje es la que permite evaluar la habilidad cognitiva y metacognitiva del sujeto. Esto se realiza a través de su capacidad para nombrar conceptos, comprender el significado de palabras y describir verbalmente procesos. Explicitar verbalmente las metacogniciones acarrea ventajas ya que permite apresar determinado contenido o proceso de conocimiento no sólo inteligible sino también manipulable.

Hay dos tipos de lenguaje: uno que denota, objetiva y calcula, se funda en la lógica, y otro que connota, expresa subjetividad y matiza, se funda en la analogía. En el lenguaje ordinario ambos tipos de lenguaje se entremezclan complementándose eficazmente (Morin, 2003).

b) La cognición, computación de representaciones simbólicas

La tradición científica abona la existencia de una realidad objetiva, cuya existencia sería independiente de las mentes que intentan conocerla. En buena medida este axioma es recogido por el paradigma cognitivo, por cuanto que sólo se podrá representar un mundo que está predefinido, si bien existe una acepción del concepto de “representación mental” de tipo “interpretativo”. Porque la actividad cognitiva se describe en función de representaciones mentales. Lo cierto es

que el cognoscente (evaluador clínico) y el conocido (paciente) se influyen recíprocamente y se determinan el uno al otro, por lo que algunos filósofos apuntan la hipótesis de que el conocimiento es ontológico.

En cualquier caso es cierto el doble aserto (objetivante el primero, integrador el segundo) de que “la cognición siempre consiste en interpretar o representar el mundo como si éste fuera de cierta manera” (Varela, 1996, p. 97), y que la actividad de conocer consiste en organizar, en dar estructura y forma, pues si algo caracteriza el conocimiento es que unifica lo múltiple (Rivière, 1993). Frente al realismo empirista ingenuo, que piensa que “el mundo está ahí, tal como lo vemos, y conocerlo es simplemente capturarlo”, el constructivismo acentúa el papel del sujeto que conoce y concibe el conocer más como un proceso activo de construcción que de pasiva reproducción de una realidad “objetiva” (Rivière, 2003).

Por cognición se entiende un producto de la mente y conjunto de actividades cognitivas que conducen al conocimiento. Lo cognitivo, como tal, se refiere a los procesos de adquisición de informaciones y su elaboración transformativa, de modo que incluye la percepción. La cognición se puede definir como la computación de representaciones simbólicas (Carpintero, 1996; Varela, 1996; Rivière, 1987).

c) El razonamiento y la intuición

El razonamiento es utilizado para ampliar el conocimiento a base de extraer conclusiones, establecer inferencias, sean deductivas o inductivas. Las primeras se infieren necesariamente de las premisas, siempre que se apliquen las reglas lógicas, mientras que el razonamiento inductivo hace posible extraer conclusiones probables por medio de la generalización que lleva a establecer una regla. Dada su complejidad, los principales problemas que se le presentan al evaluador clínico son de tipo generativo, en tanto que le obligan a aplicar estrategias que generen conocimiento: búsqueda de la información pertinente, elaboración de la misma en relación con hipótesis productivas, emisión de juicios clínicos, extracción de conclusiones y toma de decisiones adecuadas a cada caso (Gabucio, 2005).

Los juicios clínicos son inferencias del evaluador – no exentas de intuición - basadas en la evaluación del paciente, sus problemas y el contexto en que éstos se dan. Dichos juicios clínicos, en lo que al diagnóstico se refiere, atañe a la identificación de los problemas del paciente, la interacción entre ellos, su importancia, consecuencias, relaciones causales, etc. Para elaborarlo es necesario armonizar análisis y síntesis, inducción y deducción, razonamiento y pensamiento intuitivo.

En la emisión de los juicios clínicos se refleja no sólo el saber, habilidades y perspicacia del experto, sino también distintos errores y sesgos personales que habría que intentar minimizar.

d) Representaciones mentales

Las representaciones mentales sirven para codificar mentalmente la información, almacenarla, elaborar los pensamientos y dirigir las acciones. Las representaciones mentales tienen forma de imágenes o símbolos (lenguaje) y se concretan en esquemas, guiones y mapas cognitivos.

No procesamos directamente los objetos de la realidad, sino a través de las representaciones de los mismos, las cuales son recogidas estructuradamente por los esquemas cognitivos. Los esquemas son conceptualizaciones de operaciones que se utilizan para pensar, resolver problemas complejos, predecir y controlar los resultados futuros. Integran en sí las características que definen a aquellos objetos y sus propiedades funcionales, de modo que ayudan a guiar el pensamiento, extraer inferencias fundadas sobre tipos de conductas no observadas y establecer expectativas. Adelantemos que los esquemas no serán rígidos porque de lo contrario conducirán al prejuicio y la estereotipia, distorsiones ante las que el clínico ha de estar prevenido.

Los esquemas constituyen la unidad organizativa básica de información que actúa en la memoria, orientando el modo de procesar la nueva información en conexión con los conocimientos asociados

acumulados anteriormente (Lindsay y Norman, 1983). Definen patrones estables de relaciones y su transformación se efectúa por procesos de agregación, refinamiento y reestructuración. Su utilidad se concreta en informar sobre cómo actuar en nuestro ambiente, dirigir la acción, ayudar a comprender las relaciones entre los objetos, acontecimientos y servir para marcar el modo de enfrentarnos a ellos. El conocimiento se almacena en esquemas en forma de redes semánticas o series interconectadas de ideas.

Los esquemas se incorporan unos a otros, configurando jerarquías que debidamente coordinados dan lugar a estructuras o sistemas del pensamiento. El conocimiento incluido en los esquemas se halla interrelacionado formando una estructura, que sirve para organizar la información en categorías. Los sistemas son estructuras que permiten asignar sentido a la información manejada (Rivière, 1993).

Los guiones (“*scripts*”) son un tipo especial de esquemas que describen la forma en la que se representan las rutinas diarias en la memoria como consecuencia de las experiencias pasadas. Los guiones se clasifican en situacionales, personales e instrumentales. Por ejemplo, los primeros contienen información almacenada sobre lo que es previsible que ocurra en situaciones conocidas, como la primera atención al paciente en la consulta. En este sentido, los protocolos clínicos serían guiones útiles para pautar las cogniciones que se realizan en la recogida rutinaria de información sobre los problemas del paciente y el contexto en el que éstos se dan. Los guiones marcan los pasos procedimentales que enseñan lo que se espera hallar en un paciente respecto a las condiciones de aparición del trastorno, al trastorno en sí y a sus consecuencias. Los buenos guiones, formados por conocimientos clínicos, nosológicos y experienciales, describen la secuencia de hechos que se espera que ocurran cuando alguien padece dicho trastorno. Los clínicos expertos se caracterizan por tener sus conocimientos ordenados en guiones bien desarrollados, lo que les permite su eficaz aplicación en la práctica (Godoy, 2001).

En cuanto a los mapas cognitivos, sirven a modo de representaciones espaciales que orientan acerca de la manera de desenvolverse en distintos lugares. Su componente imaginativo está modulado por información conceptual y proposicional referida a distancias y orientaciones de valor adaptativo, que por tanto pueden ser distorsionados. Tienen un carácter multimodal, puesto que al componente imaginativo de relación espacial con el ambiente se suma la información espacial organizada categorialmente y se ve modulado por esquemas cognitivos y por procesos de razonamiento espacial (De Vega, 1984).

Tanto los esquemas como los guiones forman planes de acción que guían en la comprensión de lo que ocurre en determinados contextos. Los profesionales clínicos, organizan su actividad con arreglo a planes y estrategias, esquemas mentales que controlan y guían su conducta. Se trata de estructuras y procesos cognitivos, esto es, de distintas formas de organización interna de su conocimiento (Rivière, 1987).

2.2. *Metacogniciones:*

El término metacognición fue introducido en la psicología por Flavell (1976), y desde entonces hasta ahora los desarrollos en este campo han acumulado abundante investigación (Efklides, 2008). La metacognición es el conocimiento del conocimiento, atañe a las dimensiones cognitivas que conforman el proceso de avanzar en el conocimiento (Aleman y Laroi, 2005; Nelson y Narens, 1994). Es propia de los seres humanos la conciencia, el saber que sabemos, conocer lo que sabemos y lo que dejamos de saber, el modo como pensamos y organizamos el pensamiento, la manera como lo elaboramos y construimos. Esta capacidad especial que está en el núcleo de la autorreflexividad, el autoconocimiento y la autocrítica, no es fácil de ejercitar, y en ella se funda el metaconocimiento de las evaluaciones efectuadas, es decir, la metaevaluación (Efklides, 2006, 2009).

La metacognición se sustenta sobre la capacidad humana de analizar los propios procesos mentales, evaluándolos para después modificarlos. Existen en uno mismo procesos cognitivos generales de los cuales un sujeto toma conciencia y autovalora. En cualquier caso, el funcionamiento metacognitivo depende de la accesibilidad del pensamiento y de la utilización flexible de las propias

habilidades de pensamiento (Bandura, 1987; Efklides, 2006, 2009). Y todo ello aun constatando que las personas en gran parte son inconscientes de sus procesos cognitivos mayormente automáticos.

La metacognición es la habilidad para controlar los procesos de conocimiento, observarlos, revisarlos y modificarlos (Khun, 2000). Supone el conocimiento, control y análisis de las propias actuaciones cognitivas (Boekaerts, Pintrich y Zeidner, 2000; Miller, Galanter y Pribram, 1983). En este complejo proceso de conocimiento “las actividades autoobservadoras deben ser inseparables de las actividades observadoras, la autocrítica inseparable de la crítica, el proceso reflexivo inseparable del proceso de objetivación” (Morin, 2001, p. 40). Pero es más accesible el conocimiento de los productos de la actividad evaluadora que el de los procesos mediante los cuales se llegó a ellos. Cuesta conocer el funcionamiento de la propia mente. Es tan frecuente saber lo que sabemos como ignorar el modo como se ha llegado a saberlo. En cualquier caso, la metacognición es tarea difícil, cuesta trabajo ejercitarla, sobre todo si no se tiene bien claro para qué puede servir concienciar aquello que con frecuencia se realiza de manera espontánea, demasiado rápida y automática. Es más accesible a la conciencia saber qué se hizo y cómo, que saber en qué razonamientos se encontró apoyo no sólo para hacerlo, sino también para decidir hacerlo y las inferencias efectuadas. Sin embargo, dichas cogniciones del evaluador están estrechamente relacionadas no sólo con el producto de la evaluación, sino con la mayor o menor calidad científica y sanitaria de los resultados. “Sin una adecuada planificación, supervisión y evaluación de la tarea, es difícil que el sujeto desarrolle o utilice metaconocimiento alguno” (Saldaña y Aguilera, 2003, p. 192).

Tres dimensiones se distinguen en torno a los procesos metacognitivos: a) el conocimiento metacognitivo, que ofrece datos sobre distintos aspectos de la cognición (la tarea, la persona, las estrategias; b) las habilidades metacognitivas, en particular las de autorregulación, como son planificar, supervisar, revisar; y, c) la experiencia metacognitiva o acceso consciente reflexivo ejercido sobre las propias cogniciones y actuaciones. La personalidad del clínico es una de las variables del sujeto que permite definir el metaconocimiento funcionalmente. Otras son: su nivel de conocimientos, las creencias, el nivel de habilidades, los estilos atribucionales, las motivaciones, etc. (Kahneman, 2003). Estas dimensiones han sido principalmente investigadas por Efklides (2001, 2002a, 2002b, 2006, 2008, 2009) y Koriat (2007), aportando resultados incipientes a la interrelación de las mismas. Sin duda, que en un futuro próximo nuevos desarrollos vincularán cada una de ellas a las propuestas conceptuales de la teoría de la mente (TOM), la metacognición de los conocimientos (MK), las experiencias metacognitivas (ME) y las habilidades metacognitivas (MS) (Efklides, 2008; Koriat, 2007; Metcalfe y Shimamura, 1994; Schwartz y Metcalfe, 1996).

a) Carencias, sesgos y errores metacognitivos

La teoría del procesamiento de la información ha contribuido eficazmente a identificar las limitaciones humanas en la capacidad de conocer y ha posibilitado predecir dichas limitaciones.

Dado el desfase apuntado entre la complejidad de la realidad por conocer y las limitaciones estructurales de la mente del conocedor, los procesos de conocimiento tienden a originar con frecuencia resultados insuficientes, sesgados, erróneos. Por lo general, se funciona a base de esquemas insuficientes, abstracciones y generalizaciones no contrastadas, estereotipos, prejuicios larvados..., que si en un primer momento se diría que facilitan el estudio de la realidad, de hecho alejan del riguroso y preciso conocimiento de la misma. Un factor muy influyente en los procesos de adquisición del conocimiento y en las propias metacogniciones son las creencias epistemológicas (Hofer y Pintrich, 1997, 2002). Las creencias epistemológicas son convicciones que abriga el individuo sobre el conocimiento y los procesos de adquisición del mismo, que incluyen los criterios manejados para justificar asertos y juicios en lo que constituye lo que se ha dado en llamar la “epistemología personal” (Hofer y Pintrich, 2002, p. 390).

No es de extrañar que surjan estas dificultades, dado que el estudio de la metacognición y sus componentes cognitivos plantea problemas todavía sin dilucidar. Entre ellos cabe apuntar el de los juicios emitidos por el evaluador acerca de sus propias cogniciones (Dunlosky, Rawson y Middlenton (2005). La mayor o menor precisión de dicho tipo de conocimiento propio es un componente central

de la metacognición, cuyo grado de precisión varía entre los profesionales expertos y entre la gente común en general. Así que, como se verá a continuación, de estas deficiencias cognoscitivas no están libres los profesionales de la clínica y - según las investigaciones, aunque en menor grado - ni siquiera los expertos. (Godoy, 1996).

b) Limitaciones y errores

Pasado un tiempo de atención sostenida, de prolongada concentración en la tarea, aumentan las probabilidades de comisión de errores, sobre todo si se suman factores de sobreexcitación (*arousal*) y de emoción fuerte. Un equilibrio entre la relajación excesiva y la estimulación demasiado alta, protege de errores en el desempeño de la actividad cognitiva (Banyard, et al., 1995).

Ni la percepción ni la atención en general son neutrales, se filtra la subjetividad y con ella los errores y distorsiones asociados a la selección de estímulos, su interpretación, etc. En la percepción se produce una atracción hacia determinadas informaciones en detrimento de otras, lo que produce efectos de atenuación y eliminación. Tampoco el recuerdo es neutral, objetivo, pues la memoria es selectiva. La competencia en lo que atañe al razonamiento deductivo es relativa, se ve afectada por distintas fuentes de error debidas a: 1) limitaciones de la memoria operativa; 2) errores de comprensión de las premisas; 3) intrusión de convenciones extralógicas, por ejemplo, a través del lenguaje; 4) rechazo de la tarea lógica, etc. (De Vega, 1984; Gabucio, 2005). Es más, bien puede establecerse el principio de que “cuanto más complejas son las decisiones que hay que tomar más irracionales somos” (Sutherland, 1996, p. 16), es decir, menos nos ajustamos a la racionalidad de las pruebas disponibles. Y de esta tendencia general no se libran necesariamente los profesionales de la clínica. ¿Los conocimientos nos protegen del error cognitivo? Depende. Algunas voces autorizadas lo ponen en duda: “El error, la ignorancia, la ceguera, progresan al mismo tiempo que nuestros conocimientos” (Morin, 1995, p. 27).

Se han estudiado múltiples fuentes de error en el razonamiento clínico. Desde la lógica formal se ha apuntado la tendencia a extraer conclusiones fuertes (necesidad de algo) donde sólo sería lógico extraer conclusiones débiles (posibilidad de algo), y la de confundir asimismo lo verdadero con lo necesario, por ejemplo, en relación con el diagnóstico psicopatológico. Ello en un intento irracional de evitar en el diagnóstico a toda costa los falsos negativos (Frias y Godoy, 1994).

c) Sesgos

La eficacia de las cogniciones de los evaluadores clínicos en tareas de clasificación diagnóstica no es la deseable. Se han hallado importantes deficiencias y errores al respecto. Entre ellas, como expresan algunos autores (Kahneman, 2003; Godoy, 1996): escasa concordancia entre la seguridad al emitir los juicios y la exactitud de los mismos; las variables cognitivas o de personalidad de los jueces no marcan diferencias significativas en la calidad resultante de los juicios diagnósticos; no se halla relación entre las características del paciente y la habilidad del clínico para juzgarlo en el diagnóstico; y ni siquiera es significativa la cantidad de información barajada al respecto por el clínico (Salonen et al., 2005).

Los evaluadores ante casos similares no exploran las mismas áreas, no siguen las mismas teorías ni utilizan las mismas variables, no utilizan similar metodología, ni elaboran la información de modo equivalente, pues difieren en las valoraciones e interpretaciones. Por ello no es de extrañar que los resultados finalmente difieran y que, en consecuencia, se resienta la fiabilidad de los diagnósticos.

Los sesgos son fenómenos constantes, tendencias que recuerdan los rasgos personales, que funcionan de manera relativamente independiente de la situación en que se produce la cognición. Si el error es circunstancial u ocasional, se habla de error propiamente dicho, mientras que si es sistemático, se denomina sesgo.

Tenemos principalmente cuatro fuentes de sesgos (Vázquez, 1995): 1) Correlaciones ilusorias, o tendencia a sobreestimar la concurrencia en la realidad de aquellos eventos asociados conceptualmente.

2) En la percepción de personas: sesgo de positividad o tendencia a evaluar de modo positivo a los demás; y sesgo de negatividad, cuando a la información negativa se le otorga más peso que a la positiva y una mayor estabilidad en la mente del cognoscente. 3) En las atribuciones causales: a) Sesgo de la perspectiva actor-observador, según el cual se da la tendencia a atribuir la causa del comportamiento negativo de los otros a disposiciones permanentes o rasgos más que a la situación. Y a la inversa si se trata de los propios comportamientos negativos. Además, esta dirección de las atribuciones se invierte tratándose de comportamientos positivos. b) Falso consenso o tendencia a considerar que los propios juicios son apropiados y frecuentes, mientras que los alternativos, inapropiados e infrecuentes. c) Sesgo egocéntrico o tendencia a sobrestimar la propia contribución, por ejemplo, en el trabajo en equipo. d) Sesgo autovalorativo, que induce a atribuir a otros la causa de los fracasos y en cambio a uno mismo la de los éxitos. 4) Relacionados con el yo. Sirva de ejemplo al respecto la ilusión que induce a la autovaloración positiva de uno mismo y de lo realizado por uno. Es necesario recordar que de producirse este sesgo intensamente se cerraría la posibilidad de movilizar procesos de automejora en todos los órdenes, incluidos naturalmente los que aquí nos ocupan y que comentaremos más adelante.

Además del ya avanzado sesgo de la perspectiva actor-observador, también llamado de correspondencia, en la configuración de las explicaciones suelen surgir otros sesgos atribucionales, como son (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2003): 1) Inferencias espontáneas de rasgos (IER), que se producen cuando observamos un comportamiento y hacemos automáticamente inferencias de rasgos. Como estas inferencias son automáticas, ocurren fuera de la conciencia, no es fácil aplicar el esfuerzo por controlarlas. 2) Sesgo de preponderancia (o “*saliencia*”), por el cual cualquier estímulo vívido goza de mayores probabilidades de recibir la atribución causal del comportamiento observado.

Seguramente sea el modelo cognitivo de Beck (1967) quien tenga el mérito de haber popularizado la significación psicopatológica de los sesgos cognitivos y su valor como variables de manipulación psicoterapéutica. Así, el sesgo atencional se refiere a un cambio en la dirección hacia la que el individuo centra su atención, a una selección de los contenidos perceptivos. Y el sesgo de memoria que recoge la tendencia a recordar información congruente con el estado de ánimo del individuo, etc. Sesgos cognitivos que si bien se acentúan en determinados trastornos emocionales, no se hallan ausentes en individuos normales, ni siquiera entre los profesionales de la clínica por expertos que fueren. Por consiguiente, dada la falibilidad del juicio humano, sería deseable aceptar la premisa de que es probable equivocarse, sobre todo a la hora de tomar decisiones importantes como las que incumben a los clínicos, que a veces yerran por exceso de confianza en sus juicios y carencia de autocritica (Limón, 2005). Una excelente revisión sobre los errores, falsas creencias y justificación infundada de la toma de decisiones ha sido realizada por Tavis y Aronson en 2007.

Por último, no se puede perder de vista la función “adaptativa” que en buena medida cumplen los errores y sesgos cognitivos, en tanto que facilitan a los humanos el acceso, aunque demasiado simple, a una realidad demasiado compleja, protegiendo de esta forma una autoestima sin la cual mal iban a desempeñarse los clínicos en la dura labor del día a día (Domingo, 2005; Vázquez, 1995).

Otra fuente de error o de sesgos proviene de la tarea de predecir inherente al proceso de evaluación. La capacidad de predecir depende, entre otros componentes, de la habilidad para medir las variables en juego, clasificar y establecer hipótesis de lo que ocurre al paciente e interpretar los resultados. Es evidente que los errores en la evaluación incrementan la probabilidad de errar en la emisión de los juicios clínicos y de la predicción de los mismos. De hecho, las investigaciones coinciden en calificar de reducida tanto la capacidad de procesar información como la habilidad de efectuar predicciones acertadas por parte de los clínicos. Ni la experiencia profesional, ni el entrenamiento, ni la cantidad de información de que disponga el clínico aumenta necesariamente la calidad de sus predicciones (Godoy, 1996). Pese a todo, son muchas las decisiones, nada fáciles y comprometidas, que el clínico ha de tomar a lo largo del proceso de evaluación así como en el de intervención.

Las limitaciones del clínico para efectuar predicciones afectan asimismo a otras tareas cognitivas asociadas con aspectos de prevención en la fase de tratamiento, por ejemplo, las inferencias sobre el

impacto esperado, así como la valoración sobre la aplicabilidad y utilidad de determinado tratamiento aplicable a un paciente concreto (Fernández-Ballesteros, 2004).

En la práctica clínica se establecen muchas predicciones intuitivamente. En este sentido advertimos que el rigor puede resentirse por distintas razones: asignación inadecuada de ponderaciones a los factores predictivos, incorrección de las relaciones entre los hechos predictivos, indebida combinación de las distintas informaciones, excesiva influencia concedida al primer factor predictivo (hallado casualmente) en detrimento del resto, exceso de confianza en la propia capacidad de valorar múltiples factores de predicción, cuando lo cierto es que nuestra capacidad de hacerlo se ha demostrado bastante limitada.

3. Evaluación y desarrollo de las habilidades metacognitivas

Las habilidades metacognitivas son macroestrategias vinculadas a las estrategias de organización de la información, y a las estrategias de regulación o control cognitivo y afectivo-emocionales (preferencias, estilo personal, variables disposicionales...) activadas en el momento de ejercitar el metaconocimiento (Efklides, 2009).

Las metacogniciones suelen ser informaciones relativamente estables, en cuanto que no varían sensiblemente de una situación a otra, son tematizables (uno puede reflexionar y discutir con otros lo que sabe sobre la cognición), y a menudo son falibles (se pueden tener ideas y creencias equivocadas). En sus aspectos procedimentales son muy dependientes del tipo de tarea y no siempre fácilmente tematizables (Martí, 1993).

Las macroestrategias, basadas en el metaconocimiento, son las encargadas de establecer los parámetros de una tarea, localizar los errores, determinar las tácticas y métodos de intervención más apropiados, controlar su aplicación y tomar decisiones ulteriores a partir de los resultados obtenidos (Barker y Cerro, 2000, Monereo, 1990). Las habilidades metacognitivas se refieren al conjunto de estrategias a fin de controlar la cognición, lo que implica (Shinamura, 2000) movilizar estrategias de orientación, estrategias de regulación cognitiva, monitorización para la ejecución de un plan de acción, y estrategias para la evaluación de la propia tarea (Efklides, 2008, Veenman y Elshout, 1999).

a) Evaluación metacognitiva

La metacognición exige tener autoconciencia de las propias cogniciones. Sólo de este modo podrán ser examinadas, valoradas y mejoradas, y con ellas la propia competencia del evaluador. Éste, gracias al autoconocimiento de sus cogniciones, podrá ratificarse en sus aciertos o corregir sesgos y errores. Así pues, el evaluador debe fomentar el control de las propias cogniciones porque atento a sus metacogniciones se constituye a su vez en autoevaluador (Baker y Cerro, 2000).

La metacognición es un tipo particular de actividad cognitiva que se caracteriza por la toma de conciencia, el control del proceso y 3) la autopoiesis, esto es, un ir más allá de lo dado creando algo (propiedad autoconstructiva). Por consiguiente, la actividad metacognitiva, no sólo es consciente de sí misma, sino que va más allá de la conciencia y del control, construyéndose a sí misma (Mayor et al., 1993). Estas características esenciales de las metacogniciones facilitan la evaluación de las mismas, al tiempo que apuntan en la dirección de su potencial desarrollo, en sintonía con sus posibilidades de perfeccionamiento. No obstante la evaluación de la metacognición es una actividad no exenta de dificultades (Pintrich, Wolters y Baxter, 2000; Schraw, 2000). Se precisan instrumentos de evaluación metacognitiva que en los últimos años están empezando a diseñarse (Troyer y Rich, 2002). Autores como Sandi-Urena (2009) han diseñado y validado uno de los instrumentos de evaluación sobre metacogniciones e intervenciones metacognitivas, concluyendo que es posible determinar algunas habilidades cognitivas que permiten tomar conciencia del proceso de la cognición. Aunque no sea el caso que nos ocupa en este trabajo, merece destacarse el desarrollo que está teniendo la investigación en este ámbito.

Cabe relacionar algunos de los componentes más importantes que deberían ser tenidos en cuenta en la evaluación metacognitiva: 1) Referidos a la toma de conciencia, es decir, las representaciones mentales, procesos evocativos, atencionales, de autorregulación, de atención a las metas, y otras maneras de funcionamiento de la mente activadas. 2) Referidos al control, como son los mecanismos mentales activados en la selección de metas y medios, el control y autoevaluación de la propia eficacia, adaptación a la realidad, organización de los conocimientos y flexibilidad en su manejo. 3) Referidos a la autopoiesis, entre los que cabe destacar el nivel de apertura mental, incremento de representaciones, ampliación de la atención, mejora del recuerdo, nuevas posibilidades del pensamiento y las conexiones e integraciones autoorganizativas (Mayor et al., 1993).

Dado que la actividad metacognitiva no se traduce en respuestas observables, es necesario para su evaluación recurrir a sistemas indirectos, de forma que “evaluar la metacognición es una actividad meta-metacognitiva” (Mayor et al., 1993, p. 145). Entre los sistemas indirectos de evaluación de las metacogniciones se han de destacar: a) las entrevistas y cuestionarios o informes verbales; b) las observaciones del pensamiento en voz alta; y c) los tests de evaluación metacognitiva.

En principio, los metaconocimientos son más fácilmente evaluables por medio de informes verbales, porque se prestan a mayor concreción y especificidad por su verbalización y tematización que los procesos de autorregulación. Además son de acceso más fácil para la introspección del sujeto evaluado. Esta mayor facilidad de acceso a la evaluación de los metaconocimientos frente a la autorregulación en los procesos metacognitivos, puede conducir a sobrevalorar el papel de aquéllos sobre éstos (Saldaña y Aguilera, 2003). En todo caso, para no condicionar las respuestas y propiciar la aparición de sesgos en los informes verbales, es recomendable formular preguntas neutras (por ejemplo, que describa todo lo que pensó e hizo durante la tarea).

En lo tocante a la observación del pensamiento en voz alta, se pueden inferir las estrategias cognitivas invitando a que diga en voz alta todo lo que piensa mientras realiza la tarea y recogiendo sus verbalizaciones acerca de los procesos cognitivos en marcha en las distintas fases y durante la propia realización de las tareas que conforman el proceso evaluador.

Una manera de evitar distorsiones respecto a los procesos de pensamiento autoinformados consiste en invitar al sujeto a ceñirse a la descripción de las cogniciones activadas en la resolución de la tarea, sin derivar en explicaciones u otras inferencias como pueden ser las justificaciones del porqué elige una acción entre las posibles.

Con el fin de mejorar la validez de las medidas utilizadas es recomendable triangularlas, combinando distintas técnicas de evaluación de las metacogniciones, así como acercarla a los contextos naturales en los que las metacogniciones se produzcan espontáneamente.

b) Mejora de las habilidades metacognitivas

Las habilidades metacognitivas son susceptibles de mejora en base al fomento de las experiencias reflexivas. Pueden enseñarse a través de procedimientos cognitivos y cognitivo-conductuales, como el modelado y otros. En general, el desarrollo de las habilidades metacognitivas se promoverá con entrenamiento en autoinstrucción, autocontrol y autoevaluación (Saldaña y Aguilera, 2003). Estas técnicas ayudan al desarrollo de la capacidad de pensar en las cogniciones realizadas por el evaluador clínico en torno a los problemas que analiza. Es decir, sobre el modo de recabar información, plantear hipótesis, revisar las interpretaciones y el seguimiento de los resultados. Estas técnicas también facilitan prestar atención a los posibles sesgos y errores, así como sacar conclusiones (Veeman y Elshout, 1999).

Se pueden destacar tres métodos de mejora de las habilidades metacognitivas: el modelamiento metacognitivo, el análisis y discusión metacognitivos, y la autointerrogación metacognitiva. La optimización de las habilidades metacognitivas del clínico se consigue implementando, a poder ser concatenadamente, las estrategias siguientes: 1) Reflexión sobre su propia actuación profesional y los mecanismos cognitivos ejercitados en ella. 2) Discusión y debate grupal tendente a identificar las metacogniciones, analizarlas y discutir su adecuación o inadecuación en cada caso. 3)

Mantenimiento de la tensión de búsqueda del desarrollo de las cogniciones más rigurosas y eficaces. 4) Autoaplicación permanente de aquellas mejoras halladas en habilidades y estrategias a fin de asegurar su optimización progresiva (Efklides, 2009).

Las dos primeras estrategias expuestas facilitan la construcción de nuevo conocimiento. Para su adecuada aplicación se requiere que los componentes de los grupos de discusión compartan una determinada problemática y dispongan de capacidad comunicativa. Es necesario que reconozcan que no existen certezas absolutas, sino que cada uno aporta diferentes puntos de vista y que adopten una postura de construcción conjunta del conocimiento, basada en la concepción del saber como resultado de la reflexión conjunta, el debate y el consenso (Bacaicoa, 1998; Carver, 2003).

Cualquiera que sea el procedimiento seguido para mejorar las habilidades metacognitivas, convendrá tener presente que el principal obstáculo a enfrentar no será el aprender a aplicar nuevas estrategias cognitivas y metacognitivas, sino el superar la resistencia a abandonar aquéllas que se comprueben menos adecuadas (Kuhn, 1981). La mejora de las habilidades metacognitivas incluye la corrección de errores y sesgos en las estrategias personales empleadas en la aplicación del conocimiento experto (frente al lego) por parte de los clínicos.

Conclusiones

A través de lo expuesto en este trabajo se pueden obtener varias conclusiones en relación a los procesos cognitivos del evaluador.

En primer lugar, se toma conciencia del complejo proceso de evaluación y de las tareas y habilidades cognitivas y metacognitivas que dicho proceso evaluador conlleva. Las fases del proceso, desarrolladas por una comisión de expertos a las que denominan *Guías del Proceso de Evaluación* o *Guidelines for the Assessment Process* (GAP) (Fernández-Ballesteros et al., 2003) dividen las tareas a realizar por el evaluador clínico en sucesivas fases. Todo el proceso se estructura en momentos interactivos de pensamiento deductivo-inductivo y nuevamente deductivo a fin de que el clínico alcance sus metas. Esto supone desplegar un alto nivel de cogniciones y metacogniciones necesarias para generar activamente la información, codificarla, trasformarla y manipularla, lo que va más allá de la aplicación del simple razonamiento lógico o del nivel de conocimientos básicos sobre evaluación clínica, tal como se acostumbra a pensar.

Una segunda conclusión es que las tareas cognitivas a desarrollar le induce al evaluador clínico a utilizar representaciones esquematizadas y recursos imaginativos como las hipótesis, verdaderos saltos de lo conocido a lo desconocido, así como a moverse en el ámbito de lo probabilístico en sus juicios, decisiones y actuaciones para la solución de problemas. De este modo, habrá que reconocer que en el proceso de evaluación se recogen demasiados datos en relación a la capacidad limitada del evaluador para procesarlos, por lo que, acto seguido, se hace necesario utilizar técnicas de reducción y simplificación de la información. Sólo el evaluador cognitivamente dotado y experto se halla en condiciones de determinar cuáles son los datos imprescindibles para realizar eficazmente la tarea en cada caso.

Una tercera conclusión es que las estrategias y habilidades cognitivas más sobresalientes del evaluador clínico incluyen planificar, percibir, recordar, pensar, analizar, sintetizar, inferir, valorar, enjuiciar, tomar decisiones, etc. De este modo el profesional clínico no se limita a ejercer un conjunto de cogniciones sin relación entre sí, sino que trabaja desde un sistema cognitivo organizado de modo muy complejo, cuyos elementos interactúan entre ellos dinámicamente. Estas interacciones cognitivas deben estar unidas a un conjunto de capacidades imprescindibles del evaluador, como son: habilidad práctica, sensibilidad hacia los valores éticos, capacidad de comunicación, capacidad de solución de problemas y creatividad, capacidad crítica y analítica, habilidades de selección, organización, análisis, evaluación y síntesis de las informaciones. Asimismo es importante contar con capacidad interpretativa y de utilización de los datos cuantitativos y cualitativos, además de capacidad de observación científica, autonomía en la toma de decisiones, capacidad de trabajo

en equipo y capacidad de autocrítica y autoevaluación. Es en estas últimas en las que se centra prioritariamente la atención en este trabajo. Si no se poseen estas últimas capacidades mencionadas se hace imposible efectuar cabalmente la evaluación de las cogniciones del evaluador.

La realidad psicológica, cualquiera que sea el nivel de la misma, no se procesa directamente, sino a través de esquemas debidamente jerarquizados, estructuras o sistemas de pensamiento que permiten dar sentido a la información manejada. Los scripts o guiones son un tipo especial de esquemas que funcionan como protocolos cognitivos de la memoria a partir de las experiencias pasadas. Por ello, como cuarta conclusión, podemos decir que los protocolos clínicos son un tipo de guiones y mapas cognitivos necesarios para pautar las cogniciones en distintos momentos de la recogida de información y su elaboración transformativa.

Sin embargo, por la propia naturaleza constructiva de los esquemas y la naturaleza imaginativa de los mapas conceptuales, una quinta conclusión importante a tener en cuenta es que no sólo están por desarrollar los instrumentos necesarios para medir las cogniciones del evaluador, sino que al efectuarlo habrá que contar con un obstáculo importante, como son las limitaciones del evaluador para autoevaluarse objetivamente, donde los errores, sesgos, prejuicios y distorsiones del conocimiento habituales, se multiplican al referirse a la evaluación del evaluador, la evaluación de sus cogniciones, es decir, la metaevaluación.

La calidad de las técnicas aplicadas a lo largo del proceso evaluador, incluso su adecuada aplicación, no garantiza la validez de las interpretaciones y la corrección de las decisiones adoptadas por el clínico. La selección sesgada de información para extraer conclusiones, la inadecuada integración de datos sobreabundantes, la forzada confirmación de las primeras impresiones e hipótesis, y el descuido de los datos contrarios que pudieran refutar las hipótesis formuladas, los apareamientos incorrectos de datos, son algunos de los errores a evitar. Otros errores o limitaciones a considerar son: la posesión de insuficiente habilidad diagnóstica y para hacer predicciones, la confusión de correlaciones con explicaciones, etc. Todas estas carencias y deficiencias plantean la necesidad de prestar mayor atención al estudio de los procesos cognitivos del evaluador clínico a través de sus metacogniciones. Sin duda, constituye un reto difícil, pero si, pese a estas dificultades, se desea avanzar en la dirección de la excelencia y mejora de las prestaciones clínicas, habrá que afrontarlo.

Dado que la mente dispone de representaciones y recursos cognitivos sofisticados que le capacitan para procesar, transformar y operar con ellos, el profesional clínico debe potenciar, a través de la reflexividad, autoanálisis y actitud autocrítica, la superación permanente, emplear cogniciones y metacogniciones para mejorar la calidad y eficiencia de su trabajo. Para que esto pueda concretarse en la práctica, las instituciones deberían, a su vez, evaluar la praxis clínica del profesional evaluador en función de parámetros que no fueran exclusivamente de rendimiento cuantitativo y economicistas, sino impulsar los deseos de mejora de los servicios auspiciada por los propios profesionales y, por supuesto, la demanda de calidad por parte de la población a la que atienden.

ESQUEMA DEL PROCESO DE EVALUACION CLÍNICA: COGNICIONES DEL EVALUADOR

	Recogida de información	Hipótesis interpretativas	Diagnóstico	Orientación y evaluación del tratamiento
COGNICIONES	<p>Información que el clínico percibe, escucha, atiende o no., recoge o desestima</p> <p>El modo en que lo hace</p> <p>Las fuentes de información</p> <p>La selección de la información</p>	<p>Se funciona en base a Esquemas cognitivos</p> <p>Scriptos</p> <p>Mapas conceptuales</p> <p>Procesos cognitivos: ordenar, reagrupar, reestructurar, dar significado a la información</p> <p>Razonamientos inductivo y deductivo</p>	<p>Es el núcleo del proceso inferencial e interpretativo</p> <p>Proceso de elaboración de juicios clínicos</p> <p>Incluye actividades cognitivas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Argumentación Interpretación de datos <p>Elección y asignación de criterios nosológicos</p> <p>Ajuste de los conocimientos del evaluador a dichos criterios</p>	<p>Conocimiento previo sobre el grado de éxito de los tratamientos</p> <p>Valoración del coste/beneficio</p> <p>Consideración de la viabilidad del tratamiento</p> <p>Maximización de la utilidad esperada</p>
META-COGNICIONES	<p>Reflexión sobre cómo se recoge la información</p> <p>Crítica de lo que se estima y desestima</p> <p>Conciencia de la incapacidad de almacenar conocimiento</p>	<p>La fase más creativa e imaginativa cognitivamente, por tanto la de mayor sesgos y errores.</p> <p>Incluye componentes teóricos más los experienciales del evaluador, siendo más o menos consciente</p>	<p>Capacidad crítica de la nosología utilizada</p> <p>Capacidad crítica del ajuste inferencial entre lo particular del paciente y lo general de la nosología</p> <p>Desconfianza de la certeza absoluta en los propios juicios clínicos</p>	<p>Tarea constructiva de enjuiciar si lo que se hace es lo que debería hacerse</p> <p>Evaluación de los tratamientos en cuanto a eficacia versus eficiencia</p> <p>Metacognición de la propia ideologización de la ciencia</p>
SESGOS	<p>Qué se considera "suficiente", qué se prioriza indagar, por qué se desestima cierta información</p> <p>Sesgos y limitaciones provenientes de las características del evaluador (visión simplificada...)</p> <p>Errores provenientes de la limitación temporal del proceso</p> <p>Omisión o descuido del contexto</p> <p>Limitaciones provenientes de ámbito de actuación</p> <p>Mediatización de ciertas creencias epistemológicas y otras variables idiosincrásicas</p>	<p>Establecer hipótesis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infundadas - Inferenciales - Prematuras <p>- Imposibles de operativizar y contrastar</p> <p>Considerar las hipótesis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rígidas - verdaderas <p>- puntos de llegada y no de partida</p> <p>- carentes de alternativas</p>	<p>Sobrediagnosticar (falsos positivos)</p> <p>Infradiagnosticar (falsos negativos)</p> <p>Inferencias de alto nivel originadas con pocos datos</p> <p>No detección de comorbilidad</p> <p>Evitación del diagnóstico diferencial</p> <p>Incapacidad para priorizar el diagnóstico principal</p> <p>Limitaciones provenientes de los propios conocimientos del evaluador y de la nosología elegida</p>	<p>Adaptar el paciente al modelo teórico: adecuación idiomática</p> <p>Sobrevaloración carente de crítica de determinado modelo teórico</p> <p>Desconocimiento de las diversas modalidades de tratamiento</p> <p>Despersonalización del programa estándar</p> <p>Valoración del éxito en función de lo esperado, no de lo alcanzado.</p>

Referencias

- Aleman, A. y Laroi, F. (2008). *Hallucinations: The science of idiosyncratic perception*. Washington: Hardcover.
- Bacaicoa, F. (1998). *Conflicto cognitivo y aprendizaje*. Bilbao: Servicio Editorial de la UPV.
- Baker, L. y Cerro, L. C. (2000). Assessing metacognition in children and adults. En G. Schraw y J. C. Impara (Eds.), *Issues in the measurement of metacognition* (pp. 99-145). Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurements, University of Nebraska-Lincoln.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Banyard, P., Cassells, A., Green, P., Hartland, J., Hayes, N. y Reddy, P. (1995). *Introducción a los procesos cognitivos*. Barcelona: Ariel.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Boekaerts, M., Pintrich, P. y Zeidner, M. (Eds.) (2000). *Handbook of self-regulation*. Orlando, FL: Academic Press.
- Carpintero, H. (1996). *Historia de las ideas psicológicas*. Madrid: Pirámide.
- Carver, C. S. (2003). Pleasure as a sing you can attend to something else: Placing positive feelings within a general model of affect. *Cognition and Emotion*, 17, 241-261.
- Chi, M. T., Glaser, R. y Farr, M. (1988). *The nature of expertise*. Hillsdale: LEA.
- Cooper, M. J., Grocutt, E., Deepak, K. y Bailey, E. (2007) Metacognition in anorexia nervosa and nondieting controls: A preliminary investigation. *The British Journal of Clinical Psychology*, 46, 113-117.
- De Vega, M. (1984). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza.
- De Bruyn, E. E. J. (1992). A normative-prescriptive view on clinical psychodiagnostic decision making. *European Journal of Psychological Assessment*, 8 (3): 161-171.
- Domingo, J. M. (2005). Pensar en contexto. En F. Gabucio (Coord.), *Psicología del pensamiento* (pp. 269-293). Barcelona: UOC.
- Dunlosky, J., Hertzog, C., Kennedy, M. R. T. y Thiede, K. W. (2005). The self-monitoring approach for effective learning. *Cognitive Technology*, 9(1), 4-11.
- Dunlosky, J., Rawson, K. A. y Mittleton, E. L. (2005). What constrains the accuracy of metacomprehension judgments? Testing the transfer appropriate monitoring and accessibility hypotheses. *Journal of Memory and Language*, 52(4), 551-556.
- Efklides, A. (2001). Metacognitive experiences in problem solving: Metacognition, motivation, and self-regulation. In A. Efklides, J. Kuhl y R. M. Sorrentino (Eds.), *Trends and prospects in motivation research* (pp. 297-323). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Efklides, A. (2002a). Feeling as subjective evaluations of cognitive processing: How reliable are they? *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 9, 163-184.
- Efklides, A. (2002b). The systemic nature of metacognitive experiences: Feeling, judgments, and their interrelations. In M. Izaute, P. Chambres y P.J- Marescaux (Eds.), *Metacognition: Process, function, and us* (pp. 19-34). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Efklides, A. (2006). Metacognition and affect: What can metacognitive experiences tell us about the learning process? *Educational Research Review*, 1, 3-14.
- Efklides, A. (2008). Metacognition, defining its facets and levels of functioning in relation to self-regulation and co-regulation. *European Psychologist*, 13(4), 277-287.

- Efklides, A. (2009). The role of metacognitive experiences in the learning process. *Psicothema*, 21(1), 76-82.
- Efklides, A. y Dina, F. (2004). Feedback from one's self and from the others: Their effect on affect. *Hellenic Journal of Psychology*, 1, 179-202.
- Efklides, A., Kourkoulou, A., Mitsiou, F. y Ziliaskopoulou, D. (2006). Effort regulation, effort perceptions, mood, and metacognitive experiences: What determines the estimate of effort expenditure? *Metacognition and Learning*, 1, 33-49.
- Fernández-Ballesteros R., De Bruyn, E. E. J., Godoy, A., Hornke, L. F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., Westmeyer, H. y Zaccagnini, J. L. (2003). Guías para el proceso de evaluación (GAP): Una propuesta a discusión. *Papeles del Psicólogo*, 84, 58-70.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). El proceso como procedimiento científico: el proceso interventivo-valorativo. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (pp. 89-120). Madrid: Pirámide.
- Flavell, J. H. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. In L. B. Resnick (Ed.), *The nature of intelligence* (pp. 231-236). Hillsdale, NJ: L.E.A.
- Flavell, J. H. (1984). *El desarrollo cognitivo*. Madrid: Visor.
- Frías, A. y Godoy, A. (1994). Razonamiento diagnóstico con conceptos modales. *Estudios de Psicología*, 52, 3-22.
- Gabucio, F. (2005). Razonamiento deductivo. En F. Gabucio (Coord.), *Psicología del pensamiento* (pp. 93-122). Barcelona: UOC.
- Gabucio, F. y Lichtenstein, F. (2005). Elaboración y prueba de hipótesis. En F. Gabucio (Coord.), *Psicología del pensamiento* (pp. 123-147). Barcelona: UOC.
- Godoy, A. y Silva, F. (1992). *La evaluación psicológica como proceso*. Valencia: Nau
- Godoy, A. (1996). *Toma de decisiones y juicio clínico. Una aproximación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Godoy, A. (2001). Conocimientos clínicos y proceso de evaluación. *Escritos de Psicología*, 5, 1-20.
- Hofer, B. K. y Pintrich, P. R. (1997). The development of epistemological Theories: beliefs about knowledge and knowing and their relation to learning. *Review of Educational Research*, 67(1), 88-140.
- Hofer, B. K. y Pintrich, P. R. (2002). *Personal epistemology. The psychology of beliefs about knowledge and knowing*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice. *American Psychologist*, 58, 697-720.
- Koriat, A. (2007). Metacognition and consciousness. In P. D. Zelazzo, M. Moscovitch y E. Thompson (Eds.), *The Cambridge handbook of consciousness* (pp. 289-325). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kuhn, D. (1981). La aplicación de la teoría de Piaget sobre desarrollos cognitivos a la educación. *Infancia y Aprendizaje*, Monografías 2.
- Kuhn, D. (2000). Theory of mind metacognition and reasoning: A life-span perspective. In P. Mitchell y K. J. Riggs (Eds.), *Children's reasoning and the mind* (pp. 301-326). Hove, UK: Psychology Press.
- Limón, M. (2005). Formación de conceptos y cambio conceptual. En F. Gabucio (Coord.), *Psicología del pensamiento* (pp. 59-91). Barcelona: UOC.

- Lindsay, P. y Norman, D. (1983). *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Madrid: Tecnos.
- Martí, E. (1993). Metacognición: entre la fascinación y el desencanto. *Infancia y Aprendizaje*, 72, 9-32.
- Mayor, J., Suengas, A. y González-Marqués, J. (1993). *Estrategias metacognitivas. Aprender a aprender y aprender a pensar*. Madrid: Síntesis.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Metcalf, J. y Shimamura, A. P. (Eds.). (1994). *Metacognition, knowing about knowing*. Cambridge, Massachusetts: Mit Press.
- Miller, G. A., Galanter, E. y Pribram, K. H. (1983). *Planes y estructura de la conducta*. Madrid: Debate.
- Minervino, R. A. (2005). Solucionar problemas. En F. Gabucio (Coord.), *Psicología del pensamiento* (pp. 149-191). Barcelona: UOC.
- Monereo, C. (1990). Las estrategias de aprendizaje en la Educación formal: enseñar a pensar y sobre el pensar. *Infancia y Aprendizaje*, 50, 3-25.
- Morin, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morin, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.
- Morin, E. (2003). *El método 5. La humanidad de la humanidad. La identidad humana*. Madrid: Cátedra.
- Mussen, P. H., Conger, J. J., Kagan, J. y Huston, A. C. (1990). *Child development and personality*. New York: Harper and Row.
- Neisser, U. (1979). *Psicología cognoscitiva*. México: Trillas.
- Nelson, T. O. y Narens, L. (1994). Why investigate metacognition? In J. Metcalfe y A. Shimamura (Eds.), *Metacognition: knowing about knowing* (pp. 1-25). Cambridge, Massachusetts: Mit Press.
- Pintrich, P. L., Wolters, C. A. y Baxter, G. P. (2000). Assessing metacognition and self-regulated learning. In G. Schraw y J. C. Impara (Eds.), *Issues in the measurement of metacognition* (pp. 43-97). Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurements, University of Nebraska-Lincoln.
- Rivière, A. (1987). *El sujeto de la Psicología Cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Rivière, A. (1993). Las multitudes de la mente. *Anuario de Psicología*, 56 (1), 112-144.
- Rivière, A. (2003). *Obras escogidas. Diálogos sobre psicología: de los cómputos mentales a los significados de la conciencia* (vol. I). Madrid: Médica Panamericana.
- Saldaña, D. y Aguilera, A. (2003). La evaluación de los procesos metacognitivos: estrategias y problemática actuales. *Estudios de Psicología*, 24 (2), 189-204.
- Salonen, P., Vauras, M. y Efklides, A. (2005). Social interaction: What can it tell us about metacognition and co-regulation in learning? *European Psychologist*, 10, 199-208.
- Sandi-Urena, G. S. (2009). Design and validation of a multimethod assessment of metacognition and study of the effectiveness of metacognitive interventions. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69(8-B), 4717.
- Schraw, G. (2000). Assessing metacognition: Implication of the Buros Symposium. In G. Schraw y J. C. Impara (Eds.), *Issues in the measurement of metacognition* (pp. 297-321). Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurements, University of Nebraska-Lincoln.

- Schwartz, B. L. y Metcalfe, J. (1996). Methodological problems and pitfalls in the study of human multicognition. In J. Metcalfe y A. P. Shimamura (Eds.), *Metacognition: knowing about knowing* (2 ed., pp. 93-113) Cambridge, Massachusetts: Mit Press.
- Shimamura, A. P. (2000). Toward a cognitive neuroscience of metacognition. *Consciousness and Cognition*, 9, 313-323.
- Silva, F. (1988). La evaluación psicológica como proceso. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 4 (1), 31-50.
- Sutherland, S. (1996). *Irracionalidad. El enemigo interior*. Madrid: Alianza.
- Tavris, C. y Aronson, E. (2007). *Mistakes were made (but not by me): why we justify foolish beliefs, bad decisions and hurtful acts*. Orlando, Florida: Harcourt Books.
- Troyer, A. K. y Rich, J. B. (2002). Psychometric properties of a new metamemory questionnaire for older adults. *Journal of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57B (1), 19-27.
- Varela, F. J. (1996). *Conocer*. Barcelona: Gedisa.
- Vázquez, C. (1986). Sistemas de autorreferencia y esquemas cognitivos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41, 1095-1113.
- Vázquez, C. (1995). Limitaciones, errores y sesgos en el procesamiento de la información: la ficción de la teoría del “hombre científico”. En M. D. Avia y M. L. Sánchez-Bernardos (Eds.), *Personalidad: Aspectos cognitivos y sociales* (pp. 185-225). Madrid: Pirámide.
- Veenman, M. V. J. y Elshout, J. J. (1999). Changes in the relation between cognitive and metacognitive skills during the acquisition of expertise. *European Journal of Psychology of Education*, XIV, 509-523.
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. R. y Olson, J. N. (2003). *Psicología Social*. Madrid: Paraninfo-Thomson.