

~~Enfermería~~  
~~Psicología~~  
~~Psiquiatría~~

Lic. Mónica González.

Mayer, J. y Labrador, F. (1984).  
Manual de modificación de  
conducta. España: Ed. Alambra

EL PROCESO DE EVALUACION CONDUCTUAL

LUIS LLAYONA

1ª clase	2ª clase
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Introducción</li> <li>2. Características diferenciales           <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1. Características básicas</li> <li>2.1.1. Evaluación de unidades conductuales</li> <li>2.1.2. Identificación de variables controladoras actuales</li> <li>2.1.3. Énfasis en observación y cuantificación</li> <li>2.1.4. Evaluación individualizada</li> </ul> </li> <li>2.2. Diferencias respecto a la evaluación tradicional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Fases           <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1. Definición de las «conductas-problema»               <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1.1. Análisis topográfico</li> <li>3.1.2. Análisis funcional</li> </ul> </li> <li>3.2. Establecimiento de los objetivos de la intervención</li> <li>3.3. Selección de los procedimientos e instrumentos temporales</li> <li>3.4. Evaluación de los resultados</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Métodos           <ul style="list-style-type: none"> <li>4.1. Métodos indirectos               <ul style="list-style-type: none"> <li>4.1.1. La entrevista</li> <li>4.1.2. Autoinformes</li> </ul> </li> <li>4.2. Métodos directos               <ul style="list-style-type: none"> <li>4.2.1. Observación</li> <li>4.2.2. Autoobservación</li> <li>4.2.3. Registros psicofisiológicos</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Bibliografía</li> </ul>

1. INTRODUCCION

La evaluación conductual, dentro del campo de la terapia comportamental, ha sido una de las áreas que mayor interés ha suscitado y que ha experimentado un considerable desarrollo en los diez últimos años. Una prueba de ello es la aparición de varios manuales que ofrecen los principales avances producidos y permiten conocer su estado actual (SCHULTE, 1976; MASH y TERDAL, 1976; HERSEN y BELLACK, 1976, 1981; CLINIERO y cols., 1977; CONE y HAWKINS, 1977 a.); HAYNES, 1978; KEEFE y colaboradores, 1978; HAYNES y WILSON, 1979; FERNANDEZ BALLESTEROS y CARROLES, 1981; BARLOW, 1981). Además, la creación de dos revistas específicas del tema Behavioral Assessment (editada por R. O. Nelson, volumen 1, 1979) y Journal of Behavioral Assessment (editada por H. E. Adams, vol. 1, 1979) vino a posibilitar y fomentar el avance de la investigación y a confirmar la configuración de la evaluación conductual como un área con contenido propio.

Conviene aclarar que aunque se han utilizado diversos términos como si fuesen sinónimos de evaluación conductual (análisis funcional, diagnóstico conductual, análisis conductual), todos ellos poseen connotaciones precisas que los diferencian entre sí (CONE y HAWKINS, 1977 c/). Así, no parece apropiado utilizar el término diagnóstico puesto que en la evaluación conductual no se asigna a los sujetos a unas categorías determinadas a partir de unos síntomas o señales, como implicaría el diagnóstico en un sentido tradicional. Por otra parte, aunque sea cierto que un objetivo de la evaluación conductual es establecer relaciones funcionales entre estímulos y respuestas o entre diversas respuestas, el análisis funcional no agota el proceso de evaluación. Finalmente, el término análisis de conducta, que hace referencia también a un análisis experimental de la conducta, está ligado al enfoque de SKINNER y su aceptación supondría una denominación restrictiva frente a otros enfoques que también se contemplan en la evaluación conductual. Por todo ello, el término que ha parecido más correcto y que se ha consolidado a lo largo de los años es el de «evaluación conductual», de carácter más general.

Una vez establecida esta precisión terminológica podemos pasar a exponer qué se entiende exactamente por evaluación conductual. Aunque tal denominación pueda dar lugar a confusión por ser las dos palabras que la componen, evaluación y conductual, relativamente ambiguas, ya que por evaluación se puede entender todo proceso que implique un análisis o valoración psicológica y la calificación de conductual hace una vaga referencia a unidades de comportamiento, sin embargo, evaluación conductual designa el proceso de obtención de información que permite tomar decisiones sobre la producción de un cambio de conducta y la evaluación de ese cambio, todo ello dentro del marco de la terapia de conducta (MASH, 1979). No existe una definición explícita de la evalua-

ción conductual, entendiéndose usualmente en su lugar unas características en oposición a la evaluación considerada convencional o tradicional (psicodiagnóstico). No obstante, aunque a través de la exposición de este capítulo se trata construyendo una definición operacional, más acorde con un enfoque conductual, creemos que se pueden esbozar algunas peculiaridades que sirvan de orientación. Consideramos la evaluación conductual como un proceso continuado a lo largo de toda la intervención modificadora que tiene como objetivos: 1) identificar las conductas que integran un «problema» y las variables que están controlando su aparición; 2) establecer los objetivos que se quieren lograr con la intervención; 3) suministrar información relevante para la selección de las técnicas de modificación de conducta más apropiadas en cada caso, y 4) valorar de una manera precisa los resultados de la intervención, tanto a medida que éstos se van produciendo como a su finalización.

De este modo, la evaluación conductual queda configurada como un proceso clave que determinará el éxito de la aplicación de cualquier técnica de modificación de conducta a unas conductas determinadas. El conocer cuáles son las variables dependientes e independientes y su relación aumentará la probabilidad de seleccionar técnicas de tratamiento adecuadas que modifiquen esa relación y alteren las variables dependientes según los objetivos deseados.

En los siguientes apartados abordaremos la descripción de las características de la evaluación conductual, reseñaremos las principales diferencias respecto a la evaluación tradicional, desarrollaremos las diversas fases que a nuestro juicio componen el proceso, daremos unas orientaciones sobre los métodos que posibilitan obtener información que permita realizar la evaluación, y apuntaremos algunas implicaciones que este sistema de evaluación conlleva.

2. CARACTERISTICAS DIFERENCIALES

La evaluación conductual participa de las mismas características generales de la terapia de conducta expuestas por autores como ULLMANN y KRASNER (1965), RIMM y MASTERS (1974) o KAZDIN y WILSON (1978); no obstante, parece de interés resaltar de entre ellas aquellos aspectos que nos ayuden a descubrir las características peculiares de este proceso. Para ello nos serviremos de dos acercamientos distintos: en primer lugar, analizaremos sus características básicas; posteriormente, compararemos la evaluación conductual con la evaluación tradicional, de suerte que resulte fácil la discriminación entre ambas y se destaquen así las implicaciones de la primera.

2.1. Características básicas

Han sido varios los autores que han descrito los aspectos distintivos del tipo de evaluación que nos ocupa (MASH y TERDAL, 1974; HAYNES, 1978; NELSON y HAYES, 1979; O'LEARY, 1979); sin embargo, los que podríamos considerar básicos, a nuestro parecer, serían los siguientes:

2.1.1. EVALUACION DE UNIDADES CONDUCTUALES.

Una de las características fundamentales será el centrarse en unidades conductuales y no en las causas subyacentes a estas unidades, como pudieran ser determinados conflictos o rasgos. Ahora bien, se denomina tradicionalmente conductas o unidades conductuales a una respuesta o serie de respuestas observables, ya sea directamente, como puede ocurrir en las conductas motoricas, o a través de aparatos, caso de las conductas psicofisiológicas. Dentro de este marco, sólo se acepta como conductas a las respuestas externas públicas. No obstante, a raíz del interés despertado en la década de los setenta por la investigación y la intervención sobre respuestas consideradas cognitivas, como «pensamientos», «automanifestaciones», etc. (CAUTELA, 1973; BANDURA, 1977; MAHONEY, 1974; MICHENERAUM, 1977) se incluyen también las conductas internas, denominación que se utiliza para designar este tipo de respuestas.

No es nuestro objetivo debatir aquí la idoneidad de considerar lo cognitivo, con los diversos contenidos que se puedan atribuir a ese concepto (MAYOR, 1980), como objeto de análisis en la evaluación conductual. Quienes se interesen por las relaciones entre los enfoques cognitivos y la terapia de conducta pueden consultar los trabajos de LEWIDGE (1978), MAHONEY y KAZDIN (1979), MARZILLER (1980), WILSON (1978), GROSSBERG (1981), PHILLIPS (1981) y ULLMANN (1981). Por nuestra parte, consideramos que los acontecimientos internos deben ser tenidos por conductas cuando cumplan los mismos requisitos que las conductas externas; esto es, sean respuestas discriminables claramente de otras respuestas, identificables y cuantificables, aunque quien realice estas operaciones sea el mismo sujeto que las emite.

2.1.2. IDENTIFICACION DE VARIABLES CONTROLADORAS ACTUALES

En la evaluación conductual se asume que las conductas, tanto internas como externas, son función, en su mayor parte, de los factores ambientales actuales, dando menor importancia a los factores fisiológicos o cognitivos. Además, se matiza que la relación entre esos factores y las conductas se explica mejor dentro del marco de los principios de aprendizaje social. Aún reconociendo el papel que juega la historia de aprendizaje individual en la génesis de la situación actual, lo determinante en la evaluación será la identificación de las variables que están controlando activamente una conducta dada.

2.1.3. ENFASIS EN OBSERVACION Y CUANTIFICACION

El tomar como unidades de análisis las conductas y no los constructos internos lleva aparejado que se ponga énfasis en que las conductas con las que se opera deben ser susceptibles de observación y cuantificación. Estas tienen que estar especificadas de tal forma que mediante observación no pueda existir duda sobre si una conducta en cuestión está ocurriendo o no. Del mismo modo, se considera necesario poder cuantificar los comportamientos a través de medidas de frecuencia, intensidad o duración, lo que permite establecer comparaciones cuantitativas respecto a

otras conductas y detectar cualquier variación producida en la propia conducta que este siendo analizada. Estas características son aplicables también a las conductas internas, puesto que un sujeto previamente entrenado podrá realizar observación y cuantificación de «pensamientos recurrentes», «automanifestaciones», etc.

2.1.4. EVALUACION INDIVIDUALIZADA

De la necesidad de conocer las variables que controlan en la actualidad una conducta dada se deduce que toda evaluación conductual se llevará a cabo de una forma individualizada. Esto implica que la meta descripción de las conductas no proporciona información suficiente para predecir las variables de las que dependen esas conductas. Además, la evaluación individualizada anticipa ya la necesidad de una intervención también individualizada, a medida del análisis obtenido. Toda evaluación conductual se circunscribirá, por tanto, a una aproximación a la intervención terapéutica de caso único ( $n = 1$ ) (SMARINO, 1961; YATES, 1970, 1975), donde se efectuará en cada ocasión una «explicación» del comportamiento que permita establecer «predicciones» encaminadas a su alteración, o, lo que es lo mismo, afirmar relaciones entre estrategias de intervención y modificaciones conductuales.

2.2. Diferencias respecto a la evaluación tradicional

El resaltar las características de la evaluación conductual mediante la comparación con la evaluación tradicional no obedece a una mera utilidad pedagógica de la contraposición, sino que refleja también la característica de oposición y rechazo que supuso el desarrollo de la evaluación conductual frente al sistema de evaluación tradicional, que resultaba insatisfactorio para su misma finalidad y no era válido para la práctica de la terapia de conducta (KANFER y SASLOW, 1969; YATES, 1970; LLAVONA, 1975; HERSEN, 1976; KEEFE, KOPEL y GORDON, 1978). Varios autores se han ocupado de señalar las diferencias entre los dos tipos de evaluación, siendo GOLDRATED y KENT (1972) quienes las expusieron por primera vez de una forma sistematizada. No vamos a ofrecer aquí un análisis pormenorizado de este tema, por lo que remitimos al lector a los trabajos de HARTMAN, ROPER y BRADFORD (1979) y FERNANDEZ BALLESTEROS [1981 a)]; tan sólo subrayaremos de un modo esquemático lo que constituye desde nuestra perspectiva las diferencias fundamentales entre los dos enfoques.

En la tabla 2.1 aparece reflejada esta contraposición a través del análisis de los diversos determinantes de la conducta, el objetivo de la evaluación, los supuestos sobre la estabilidad de la conducta, la finalidad de las pruebas, el tipo de medida, la relación con la terapia, el lugar donde se realiza la evaluación y la función del evaluador.

Merceo especial consideración el reseñar el carácter directo o indirecto de los tipos de evaluación, pues no señala unas meras características teóricas, sino dos tipos distintos de actuaciones prácticas (Fig. 2.1).

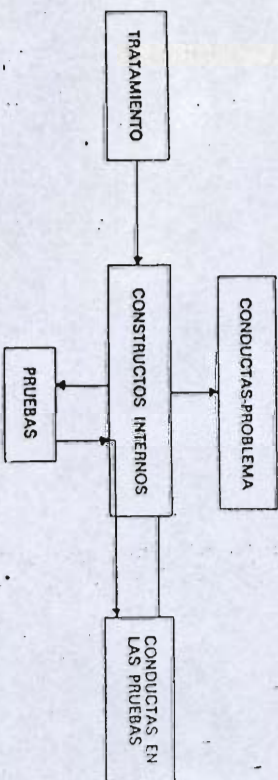
En la evaluación tradicional, al tener como objetivo la exploración

Tabla 2.1  
Diferencias principales entre la evaluación tradicional y la conductual

	EVALUACIÓN TRADICIONAL	EVALUACIÓN CONDUCTUAL
<b>Determinantes de la conducta</b>	Variables internas, de larga permanencia (rasgos, estados, estructuras fisiológicas).	Relación del organismo con la estimulación situacional antecedente y consecuente.
<b>Objetivo</b>	Reflejar las variables internas del sujeto (qué «es» o qué características «tiene») → Clasificación de los individuos en categorías.	Delimitación de conductas específicas (qué «hacen» los sujetos) y de las variables que las controlan.
<b>Estabilidad de las conductas</b>	Consistencia a través del tiempo y de diversas situaciones.	En función de la persistencia de las variables controladoras.
<b>Finalidad de las pruebas</b>	Obtención de «señales» o índices de las variables internas → Construcción de pruebas con situaciones limitadas y fijas.	Obtención de una «muestra» representativa del comportamiento del sujeto → Énfasis en evaluación de situaciones «naturales».
<b>Medida</b>	Indirecta de los constructos internos.	Directa de las conductas.
<b>Relación con la tarea</b>	Indirecta y puntual.	Directa y continuada.
<b>Lugar donde se efectúa</b>	No específico (sala de consulta).	Medio natural o situación de laboratorio en la clínica.
<b>Función del evaluador</b>	Diagnóstica.	Investigador fundamental → Terapéutica.

de un constructo, la medición de éste ha de ser por fuerza realizada de un modo indirecto. Dadas unas alteraciones de comportamiento o «conductas-problema» y postulando su dependencia de unos constructos internos, se somete al sujeto que presenta esas conductas a unas pruebas construidas en relación con los constructos internos que se quieren evaluar. Las conductas obtenidas durante las pruebas estarán en función de las características de los constructos internos de ese individuo y, por ello, permitirán hacer inferencias sobre éstos. Nótese, por tanto, que los constructos se evalúan indirectamente: por medio de las conductas de las pruebas y que las originarias «conductas-problema» son desechadas, no teniendo que coincidir necesariamente con las conductas emitidas ante las pruebas. Por tanto, al ser una evaluación indirecta y no proporcionar

EVALUACION TRACIONAL (INDIRECTA)



EVALUACION CONDUCTUAL (DIRECTA)

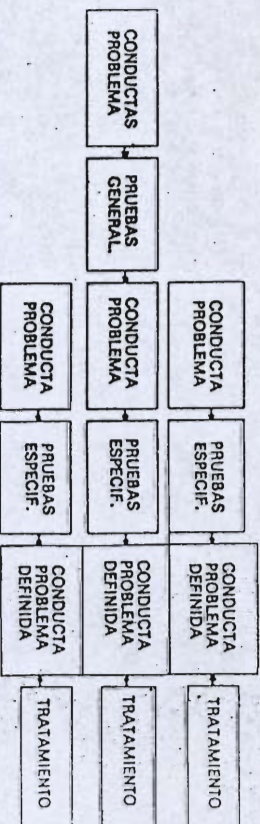


Fig. 21. Esquema del desarrollo de la evaluación tradicional y conductual.

información sobre las variables que puedan ser objeto de manipulación en una intervención, la relación con ésta será indirecta. Ni las conductas evaluadas en las pruebas son las conductas objeto de tratamiento, ni de la evaluación: se obtienen datos que lleven a la aplicación de estrategias de intervención específicas en función de los resultados encontrados. Además, su realización tiene lugar de una forma puntual, no continuada, principalmente antes del tratamiento. Finalmente, para poder desarrollar esta evaluación solamente se requiere un local que reúna ciertas características mínimas como puedan ser el estar aislado de ruidos, con buena iluminación, donde el sujeto que realice las pruebas no sea molestado. Usualmente la evaluación se completa en el despacho de una consulta.

Por el contrario, la evaluación conductual al centrarse en conductas específicas posibilita una evaluación *directa* de las mismas. Así (véase figura 2.1), ante unas «conductas-problema» se establecen unas pruebas generales que permiten descomponerlas en unidades comportamentales. Cada una de ellas se somete a su vez a otras pruebas específicas (consistentes fundamentalmente en observaciones y mediciones) mediante las cuales quedan definidas descriptivamente y en relación con sus estímulos determinantes. De este modo, la evaluación se circunscribe en todo momento a las «conductas-problema», teniendo como resultado su clarificación. El delimitar las «conductas-problema» y establecer relaciones funcionales con los determinantes que las controlan, es el factor clave para decidir qué estrategias de tratamiento deben utilizarse en cada caso. En consecuencia, la relación entre evaluación y tratamiento es *directa* y *continuada*, suministrando información a lo largo de toda la intervención sobre el efecto que están teniendo sobre las conductas las estrategias seleccionadas. Por último, por tener que conseguir una muestra del comportamiento real del sujeto, la evaluación se realiza fundamentalmente en el medio natural donde ocurren las «conductas-problema», o en situaciones de laboratorio que tratan de reproducir las condiciones naturales. Este desplazamiento del lugar de la evaluación indica el tipo de procedimientos que se han de utilizar: observación, auto-observación, aparatos portátiles o técnicas telemétricas que permitan registrar respuestas fisiológicas a distancia.

### 3. FASES

La evaluación conductual, por ser un proceso que se desenvuelve a lo largo de la intervención terapéutica, permite distinguir diversas fases sucesivas que tienen unidad en sí mismas y que coinciden con los distintos momentos claves que se suceden en la terapia. Se han constatado por parte de diversos autores fases y subfases distintas, cuya diferenciación parece depender más del autor que se ha ocupado de enumerarlas que del contenido propio de cada una de ellas [MASH y TERPIL, 1974; CRIMINERO, 1977; CONE y HAWKINS, 1977 b]; KEEFE, KOPEL y GORDON, 1978; FERNÁNDEZ BALLESTEROS y CARROLES, 1981 b)]. No obstante, de su análisis se pueden retener cuatro fases esenciales en el proceso de evaluación: una relacionada con la detección y descripción de las «conductas-problema»; una segunda dirigida al establecimiento de objetivos terapéuticos; otra, centrada en la selección de las técnicas de intervención que deben ser utilizadas en un caso dado, y una cuarta, destinada a evaluar la incidencia que haya tenido en las «conductas-problema» la introducción de esos procedimientos terapéuticos. A nuestro juicio, la evaluación se mueve en torno a estas cuatro fases, cuya descripción de contenidos nos ocupará en este apartado.

#### 3.1. Definición de las «conductas-problema»

Cuando un sujeto acude a una consulta es frecuente que presente conceptualizado como «problemas», de una manera global, el conjunto de

conductas que realiza o no realiza más las consecuencias, generalmente negativas, que de esas conductas se derivan. Ello permite que nos fijemos en dos aspectos: en primer lugar, el cliente suele centrarse tanto en las consecuencias de las conductas como en las propias conductas, quejándose, por ejemplo, de «soledad», «falta de amigos», «depresión», etc.; en segundo lugar, las «conductas-problema» no están identificadas de antemano, sino que deben ser objeto de una delimitación explícita por parte del evaluador.

Para que pueda realizarse una definición conductual completa de las «conductas-problema» debe procederse a un análisis topográfico y funcional, de cuyo contenido se ofrece a continuación un modelo.

##### 3.1.1. ANÁLISIS TOPOGRÁFICO

La primera tarea de la evaluación será, por tanto, obtener una descripción precisa de las «conductas-problema»: qué es lo que un individuo «hace» o «no hace» exactamente. Esta descripción debe llevarse a cabo, a ser posible, en términos físicos de tal forma que no sea necesario hacer inferencias sobre su emisión. Sin embargo, con mucha frecuencia los clientes cuentan sus problemas en términos vagos e imprecisos, afirmando que «están hundidos», «son muy nerviosos», se «ponen histéricos», etcétera, o atribuyen sus comportamientos a «mecanismos inconsistentes». Ello no debe resultar extraño si tenemos en cuenta que los sujetos no han sido entrenados para realizar observaciones de sus propios comportamientos, a medida que éstos se van produciendo, y que existe en la sociedad un cierto conocimiento, aunque sea superficial, de las concepciones psiquiátricas y psicodinámicas que orientan hacia conceptualizaciones de los problemas opuestas a las conductuales.

Al tratar de identificar «conductas-problema» se debe hacer una revisión de las conductas que pueda manifestar un individuo a lo largo de los denominados *tres sistemas de respuesta: cognitivo, motorio y psicofisiológico* (LANG, 1968, 1971). Aunque resulta ya tópico en evaluación conductual hacer mención a la necesidad de considerar en un problema las respuestas según los tres sistemas mencionados, han sido muy pocos los investigadores que se pararon a especificar las áreas de contenido de cada sistema; y cuando lo han hecho el resultado que se ofrece concuerda en el sistema motorio, presenta varios matices en el sistema psicofisiológico y discrepa en el cognitivo [LANG, 1971, 1977; CONE, 1975, 1976; CRAICHEAD, KAZDIN y MAIONEY, 1976; PAUL y BERNSTEIN, 1976; CONE y HAWKINS, 1977 a)].

Por lo que respecta al *sistema motorio*, comprende genéricamente los actos motores, las conductas denominadas «externas», objetivo prioritario de los primeros periodos del desarrollo de la terapia de conducta. Algunos autores precisan más al hablar de actividades de la musculatura estriada susceptibles de ser observadas sin necesidad de emplear instrumentación [CONE y HAWKINS, 1977 b)]. Así, dentro de este sistema entrarían comprendidas conductas como caminar, sonreír, ingerir bebidas, «expresiones gestuales», etc. Pero también se debe incluir en este sistema a nuestro parecer, la conducta de hablar en lo que se refiere a la emisión de palabras. De este modo, separamos los contenidos del lenguaje de las conductas motoras mediante las cuales se transmiten esos contenidos. Esta distinción que podría parecer artificial no resulta tal si se tiene

en cuenta que, desde un punto de vista terapéutico, el hecho de emitir palabras, independientemente de su contenido, puede ser un objetivo de intervención en sí mismo cuando, por ejemplo, la topografía de ese hecho responde al término «tartamudeo», o presenta una intensidad o una frecuencia inapropiada.

El sistema psicofisiológico ha sido objeto de atención especial en el desarrollo de trabajos sobre la «emoción», el «miedo» o la «ansiedad» (véanse las revisiones de LICK y KATKIN, 1976; BORKOVEC, WEERTS y BERNS-TEIN, 1977; LANG, 1977). Por ello, se ha contemplado el área de contenido de este sistema desde una óptica que circunscribe el sistema psicofisiológico a las respuestas autonómicas, considerando dentro de él solamente a las actividades de los músculos y las glándulas que están innervadas autónomamente [CONE y HAWKINS, 1977 b)]. Sin embargo, el desarrollo de las técnicas de biofeedback y la investigación de la respuesta sexual, por poner algún ejemplo, dan lugar a aproximaciones menos restrictivas como puedan ser las de KALLMAN y FEUERSTEIN (1977), VELASCO (1978), HAVNES y WILSON (1979) o CARROLLS (1981), que incluyen, además de las respuestas autonómicas, las respuestas del sistema nervioso central y otras respuestas psicofisiológicas que con más frecuencia han sido objeto de evaluación en terapia de conducta son: la respuesta electrográfica (EMG), la tasa cardíaca, y algunas variantes de las respuestas electrodérmicas (RED), según revela el estudio de HAVNES y WILSON (1979). No obstante, se han tenido en cuenta también una amplia gama de respuestas psicofisiológicas como las electroencefalográficas (EEG), gástricas, sexuales, respiración, temperatura periférica, endocrinas y varias respuestas cardiovasculares.

El sistema de respuesta cognitivo es el que ha presentado mayor dificultad para su delimitación. Con todo, el examen de los trabajos más relevantes dedicados al tema nos permitirá llegar a algunas conclusiones (LANG, 1977; CONE, 1976, 1979; MEICHENBAUM, 1976, 1977; FERNÁNDEZ BALLESTEROS, 1981 b)]. Así, parece existir acuerdo, con diversos matices, en que el contenido cognitivo a la hora de realizar una evaluación conductual está asociado a la conducta verbal. Con ello no queremos decir que sean sólo los elementos verbales los contenidos cognitivos, sino que entre los autores revisados todos toman como eje la conducta verbal para explicar lo cognitivo. Sin embargo, mientras para LANG toda conducta verbal es cognitiva, sea ésta interna o externa (manifestada), CONE considera la conducta verbal como externa, que sólo sirve de indicio de fenómenos cognitivos cuando no tiene un referente verificable, sin entrar en la existencia de una conducta verbal interna; y MEICHENBAUM, a su vez, hace hincapié en las conductas verbales internas. Por otra parte, el segundo eje organizador de los elementos cognitivos resulta ser el de la representación de imágenes, aunque tanto en la propuesta de LANG como en la de MEICHENBAUM queda asumido dentro del lenguaje interno.

Estos mismos contenidos aparecen también en las clases de conductas cognitivas expuestas por FERNÁNDEZ BALLESTEROS: capacidad de imaginación, expectativas y auto-refuerzos; auto-instrucciones, estrategias de pensamiento que la capacidad de imaginar, según nuestro criterio, debe concretarse por fuerza en la representación de imágenes; a su vez, el auto-refuerzo, dentro de un contexto cognitivo, sólo puede entenderse como

una conducta verbal interna o como una representación de imágenes más, considerándose como refuerzo sólo desde una perspectiva funcional, no topográfica; finalmente, el resto de las clases de conductas, topográficamente, son abordables como meras conductas verbales internas o externas.

Por tanto, en el sistema cognitivo deberán evaluarse dos tipos de conductas: conductas verbales (internas y externas) y representaciones de imágenes. Ambas no son equiparables porque, aunque las imágenes son susceptibles de describirse o de inducirse mediante conductas verbales, de hecho son conductas distintas. Que un cliente o un terapeuta se sirva de palabras para transmitir imágenes no implica que las imágenes en sí sean palabras. La conceptualización de las imágenes como proposiciones específicas, tal como lo hace LANG, es de utilidad porque ayuda a delimitar lo que se pueden considerar unidades conductuales dentro del conjunto de emisión de imágenes.

El tener en cuenta en la evaluación estos tres sistemas de respuesta permite abarcar toda la gama de comportamientos estudiados tradicionalmente en la psicología clínica: las conductas verbales y las imágenes, abordadas por los enfoques cognitivos y psicodinámicos; las psicofisiológicas, campo de atención preferente de la psicología médica; o las motoras, objetivo prioritario de la corriente conductual en su primera época. De este modo, el hipotético «problema» quedará descompuesto en unidades o «conductas-problema» que pertenecerán a uno u otro sistema indistintamente. Según esto, un individuo puede padecer dolor de cabeza, pudiendo enmarcarse su «conducta-problema» dentro del sistema psicofisiológico. En otros casos, un «problema» puede constar de «conductas-problema» de los sistemas cognitivo, motorico y psicofisiológico, como en la mayoría de los «problemas fóbicos».

La necesidad apuntada de realizar la evaluación conductual a través de los tres sistemas de respuesta estudiados no debe confundirse, como lo hacen autores de la solvencia de HAVNES y WILSON (1979), con un énfasis en la evaluación de amplio espectro, multimodal, del tipo de la propuesta por LAZARUS (1976).

Una vez identificada la conducta o conductas «problema» debe matizarse su descripción con el conocimiento de la frecuencia de aparición, la intensidad y la duración, que completan la definición topográfica de una conducta concreta.

Otro aspecto digno de tenerse en cuenta porque resultará útil a la hora de decidir la elección de estrategias de tratamiento es la consideración de una «conducta-problema» como *exceso* o como *déficit*. KANFER y SASLOW (1969) califican una conducta como *exceso* si se emite con una frecuencia, intensidad o duración mayor que la adecuada o si aparece en condiciones en las que la probabilidad de aceptación social es cero; por ejemplo, la conducta denominada «exhibicionista». Del mismo modo, toman como *déficit* aquella conducta que no se da con suficiente frecuencia, con intensidad o duración adecuada, en forma adecuada o en condiciones en las que socialmente se espera que ocurra. Sin embargo, a nuestro parecer, los parámetros consignados de frecuencia, intensidad y duración son suficientes para catalogar una conducta como exceso o déficit. Las condiciones de probabilidad de aceptación social, para los excesos, o las expectativas sociales, en los déficits, son casos particulares referentes a la frecuencia. La característica «forma apropiada» olvida que cuando una

conducta está bien definida aparece o no aparece, de tal modo que la forma no apropiada de una conducta es otra conducta distinta.

Hasta ahora hemos expuesto lo que entendemos por un análisis topográfico de las conductas, donde se atiende a la conducta en sí, a sus características propias, que la hacen discernible de cualquier otra conducta. No obstante, aunque este análisis parezca pormenorizado resulta todavía insuficiente para la definición completa de una conducta, ya que no da indicación de las variables que la controlan (FERSTER, 1965). Una definición conductual debe ser, por tanto, resultado de un análisis topográfico y un análisis funcional.

### 3.1.2. ANALISIS FUNCIONAL

Se entiende por análisis funcional la identificación de las variables, antecedentes o consecuentes, que controlan una conducta y el establecimiento de las relaciones entre esas variables y dicha conducta. Por esto, siendo el objetivo principal de la evaluación conductual el obtener información de las variables que mantienen una conducta, con vistas a producir cambios en ella, el análisis funcional es su característica distintiva, hasta el punto que con frecuencia se confunde evaluación conductual con análisis funcional.

Los elementos a considerar en este análisis, en los principales modelos, son cuatro: estímulos antecedentes de las respuestas (E), variables del organismo (O), respuestas (R), y estímulos consecuentes a las respuestas (C) [KANFER y SASLOW, 1969; KANFER y PHILLIPS, 1970; GOLDBRIDE y ŠPRAFKIN, 1974; FERNÁNDEZ BALLESTEROS, 1981 b)].

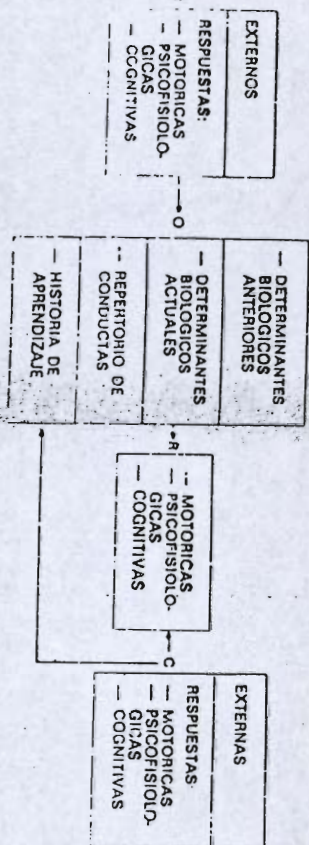


FIG. 2. Elementos componentes del análisis funcional.

En la figura 2.2 se ofrece un esquema de los elementos y contenidos que según nuestro criterio son relevantes para la realización de un análisis funcional. Establecemos separación entre las variables del organismo (O) y respuestas (R), contrariamente a formulaciones como la de FERNÁNDEZ BALLESTEROS (1981 b)], porque, si bien es cierto que las conductas las emiten necesariamente los organismos, ambos pueden ser operacionnalizados como variables distintas, hasta el punto que, como des-

arrollaremos a continuación, las respuestas pueden funcionar también como estímulos antecedentes o consecuentes.

El elemento respuesta (R) ya ha quedado descrito anteriormente en el análisis topográfico; ahora pasaremos a analizar sus determinantes.

• *Estímulos antecedentes.* Debo precisarse que no se entiende por ello los estímulos que están presentes antes de que la respuesta ocurra, sino los estímulos antecedentes de la respuesta con la cual guardan una relación funcional comprobable. Tampoco se debe olvidar que la consideración de la estimulación como estimulación antecedente tiene que hacerse desde la perspectiva de la incidencia en el organismo que la recibe y no desde la consideración del observador.

Dentro de este elemento incluimos, tanto los estímulos externos que se producen en el medio donde se encuentra el sujeto, como los estímulos producidos por el propio sujeto. Esta última estimulación sólo puede provenir de las respuestas que emite el mismo organismo; por ello, las agrupamos, como hemos hecho anteriormente al analizar las respuestas, en motoricas, psicofisiológicas y cognitivas.

Al analizar este componente se tendrá en cuenta la relación entre los estímulos antecedentes identificados y la respuesta. Se comprobará si estos estímulos son elicitadores de respuestas incondicionadas (estímulos incondicionados) o condicionadas (estímulos condicionados), dentro del esquema del condicionamiento clásico; o bien si solamente son estímulos discriminativos que informan sobre la probabilidad de aparición de una consecuencia, dentro del esquema de condicionamiento operante. La denominada «estimulación social» o, en su caso, la estimulación producida por «modelos» (BANDURA, 1977), del mismo modo que las expectativas, puede ser conceptualizada como un caso más de los estímulos discriminativos.

• *Variables del organismo.* Estas variables han estado relegadas, e incluso olvidadas, frente a la estimulación antecedente y consecuente. Sin embargo, su conocimiento resulta fundamental para entender el proceso que da lugar a una conducta (NELSON y HAYNES, 1979). Desde nuestro punto de vista, las variables relevantes del organismo que median la emisión de las conductas se pueden concretar en los determinantes biológicos anteriores y actuales (RUBES, 1972), el repertorio de conductas existente en ese organismo y la información almacenada en la interacción del organismo con el ambiente: la historia de aprendizaje.

Por *determinantes biológicos anteriores* se entiende los factores hereditarios, así como los factores prenatales y perinatales. La importancia de estos factores estriba en que pueden producir cambios en el organismo, especialmente en el sistema nervioso central, en los órganos motores o en los sensoriales, que son en la mayoría de los casos irreversibles. La lesión o el daño permanente de estos órganos imposibilita el desarrollo posterior de conductas que dependen de su funcionamiento normal y limita la interacción del organismo con el medio. Los *determinantes biológicos actuales* abarcan factores como pueden ser las enfermedades transitorias, estados de privación, saciación, fatiga, o estados producidos por la ingestión de medicamentos, drogas o alcohol. Estos determinantes tienen funciones disposicionales porque alteran la incidencia que tiene sobre el organismo la estimulación antecedente y consecuente. Debe hacerse especial hincapié en la identificación de los determinantes biológi-

cos actuales, puesto que su existencia es menos evidente que la de los determinantes biológicos anteriores y la posibilidad de ser alterados les confiere una gran importancia con vistas a las intervenciones conductuales.

El *repertorio de conductas* de que dispone un organismo determinará el que se pueda emitir una conducta dada. Por ello, será imprescindible conocer si dentro del repertorio de un organismo existen las conductas que se desean sustituir por las conductas problema o cuáles son, dentro de ese repertorio, las conductas más semejantes a las que se quieren alcanzar. Del mismo modo, es útil saber cuáles son las conductas que tienen una probabilidad mayor de aparición, o lo que es lo mismo, las que se emiten con una frecuencia más alta.

La última variable que analizaremos, la *historia de aprendizaje*, proporciona información, tanto del proceso por el cual esas conductas problema están bajo control de unas variables antecedentes o consecuentes concretas, como de qué tipo de estimulación, antecedente o consecuente, puede ser utilizada en la intervención terapéutica.

Contrariamente al modelo de GOLDBERD y SPARKIN (1974) no incluimos dentro de las variables organizativas las automanifestaciones, las expectativas, ni los sentimientos. Las automanifestaciones las consideramos, como ya se ha visto, respuestas cognitivas que pueden funcionar, por tanto, como estímulos antecedentes, como respuesta problema o como consecuentes. Sobre las expectativas ya hemos dicho que pueden considerarse un caso particular de estímulo discriminativo. Finalmente, los sentimientos pueden analizarse como metas respuestas psicofisiológicas o como respuestas cognitivas producidas por esas respuestas psicofisiológicas; en cualquier caso se conceptualizarán como respuestas, no pudiendo ser susceptibles de engrosar el conjunto de variables organizativas.

• *Estímulos consecuentes*. En este elemento atenderemos a los estímulos que siguen a la emisión de las «conductas-problema» y que inciden sobre ellas haciendo que la probabilidad de su aparición aumente (refuerzos) o disminuya (castigos). Esta estimulación, al igual que ocurra con la antecedente, puede deberse a cambios producidos en el medio en que la conducta tiene lugar, y hablamos entonces de *consecuencias externas*, o a *respuestas del propio organismo* (motoricas, cognitivas o psicofisiológicas) que suceden después de las «conductas-problema». Es preciso poner énfasis en que las respuestas motoricas y fisiológicas pueden operar como consecuentes al igual que las cognitivas, pues frecuentemente se atribuye sólo a estas últimas la capacidad de funcionar como refuerzo o como castigo.

La existencia de consecuencias externas y consecuencias producidas por el propio organismo plantea la cuestión de que la dirección de unas y otras no siempre va en el mismo sentido, pudiendo darse el caso de que a una conducta determinada le sigan consecuencias externas negativas y consecuencias del propio organismo positivas, o viceversa. Debido a ello, ha de establecerse un balance entre la intensidad de ambas estimulaciones con objeto de conocer cuál de ellas será la predominante.

La introducción de respuestas como variables controladoras (antecedentes, consecuentes) de otras respuestas del mismo sujeto plantea un enfoque del análisis funcional que se centra en cadenas de respuestas;

más allá de un análisis funcional simple, y se interesa por secuencias complejas de respuestas (FRANKEL, 1975).

Una vez identificadas las variables antecedentes, organizativas y consecuentes que controlan una «conducta-problema» tendremos establecida una relación funcional que nos dejará esa conducta completamente definida desde una perspectiva conductual (FERSTER, 1965). Este análisis revelará los procesos de condicionamiento que mantienen actualmente la conducta objeto de evaluación (condicionamiento clásico, condicionamiento operante). Es importante resenar que en evaluación conductual interesa conocer el proceso que mantiene en la actualidad una conducta y no tanto el proceso por el cual se instaló, como con demasiada frecuencia se postula. Esta distinción es clave porque no necesariamente el proceso de condicionamiento mediante el cual una conducta se generó es el mismo que la está manteniendo, al poder variar con el paso del tiempo. Por esto, sólo el proceso actual suministrará información adecuada para la alteración de una conducta. Este hecho es responsable de que hayamos hablado de la identificación de las variables controladoras actuales como una de las características básicas de la evaluación conductual.

Un enfoque funcional como el aquí esbozado puede arrojar luz sobre el fenómeno denominado «desincronización» o «fraccionamiento de respuestas», mediante el cual se designa la ausencia de concordancia entre medidas de diversos sistemas de respuesta, o de un mismo sistema, en un problema dado (RACHMAN y HOBSON, 1974; HOBSON y RACHMAN, 1974; HAYNS y WILSON, 1979). En nuestra opinión, cuando se habla de desincronización se está ya presuponiendo que debería haber sincronización entre esas respuestas. Sin embargo, esta suposición apriorística sólo se puede sostener sobre bases no conductuales, haciendo inferencias acerca de alguna entidad responsable de esa concordancia. Desde un enfoque conductual se constatará, simplemente, la emisión de conductas y su dependencia de unas variables, por lo cual no se podrá esperar concordancia de respuestas a no ser que éstas estén provocadas por una misma estimulación o siendo dependientes de estimulaciones distintas se presenten ambas estimulaciones simultáneamente. Por tanto, el «enigma» de la desincronización de respuestas se desvelará de una manera empírica al analizar correctamente la dependencia funcional de las diversas respuestas (LLAVONA, 1981 a).

Finalmente, sólo mencionar que tras la realización de un análisis topográfico y funcional quedará establecida una *línea de base* de la «conducta-problema», criterio de referencia obligado a la hora de valorar la magnitud de cualquier alteración que se pueda producir en esa conducta.

### 3.2. Establecimiento de los objetivos de la intervención

Una vez analizada la «conducta-problema» y las variables de que depende, un paso previo para poder seleccionar las estrategias de intervención idóneas a cada caso es decidir y establecer los objetivos específicos que se quieren lograr. Así como el análisis topográfico y funcional nos indicará la situación exacta de donde se parte en cualquier tratamiento, el establecimiento de objetivos nos marcará las metas a donde se debe llegar.

Desde una óptica tradicional esta fase intermedia apenas tiene importancia porque parece estar implícito, al atribuir los comportamientos «anormales» a un desequilibrio entre determinadas entidades internas, que el objetivo de la intervención será el restablecer el «equilibrio» entre esas entidades internas. Por tanto, los objetivos terapéuticos pueden considerarse que son siempre los mismos.

En la evaluación conductual, los objetivos deben definirse de una forma rigurosa, del mismo modo que las «conductas-problema», especificando qué conductas han de desaparecer ante qué estímulos (situaciones), o con qué frecuencia, intensidad, duración, y ante qué estímulos se han de omitir. GORTMAN y LEIBLUM (1974) resumen estos puntos en cuatro preguntas: ¿quién?, ¿qué hará?, ¿hasta qué punto? (nivel de ejecución crítico), ¿bajo qué condiciones?

La mayoría de los objetos de la intervención, *objetivos finales*, sólo pueden alcanzarse a través de unos *objetivos intermedios*, graduados de tal forma que cada uno de ellos deba ser superado antes de enfrentarse al siguiente, que conducirán progresivamente al objetivo final. Esta composición de las metas de la intervención en submetas graduadas concuerda con el sistema de aproximaciones sucesivas característico de la terapia de conducta. No será necesario señalar aquí que el grado de dificultad entre dos submetas consecutivas ha de estar calculado de tal forma que permita al cliente pasar de una a otra con éxito sin gran esfuerzo. La consecución de los subobjetivos proporcionará, además, al sujeto y al terapeuta una *feedback* puntual de los progresos que se van realizando, lo que producirá refuerzos inmediatos por los éxitos de cada paso sin ser necesario esperar para obtenerlos a alcanzar los objetivos finales (BANDURA, 1969).

Una ventaja de fijar los objetivos antes de comenzar la intervención terapéutica es que, además de orientar en la selección de técnicas y estrategias, posibilita el tener un criterio para conocer si la terapia tuvo éxito o no y en qué grado, según la aproximación que se haya conseguido a las metas prefijadas. Este sería, utilizando una terminología tradicional, el único criterio real de «curación» (YATES, 1970). Del mismo modo, también queda indicado de antemano cuándo debe darse por finalizada una terapia, sin que ello se deje al arbitrio circunstancial del terapeuta o del cliente (FISCHLER, 1975).

Por último, solamente anotar que los objetivos deben establecerse de común acuerdo entre el cliente y el terapeuta. El cliente tendrá el peso principal a la hora de proponer los objetivos finales que le resulten satisfactorios, cuidando el terapeuta de especificarlos conductualmente y de que sean razonablemente realistas, alcanzables. Sin embargo, el terapeuta, en función de sus conocimientos, marcará los subobjetivos más convenientes en cada caso y los expondrá al cliente, explicándole la necesidad y ventajas de ellos.

### 2.3. Selección de los procedimientos terapéuticos

Tras la definición de las «conductas-problema» y la fijación de los objetivos de la intervención estaremos ya capacitados para seleccionar qué procedimientos serán eficaces en la consecución de esos objetivos. Esta tercera fase está estrechamente asociada a las dos anteriores puesto

que, frecuentemente, de la información revelada por un análisis funcional y de los objetivos que se trate de obtener dependerá el tipo de técnicas que se deba utilizar. No obstante, y como paso previo a seguir antes de elegir una técnica determinada, se ha de formular una hipótesis sobre las variables que tienen que ser manipuladas para lograr los cambios deseados. Sólo después de establecer esta hipótesis se puede buscar una técnica que altere esas variables en la dirección deseada. Ello supone, por tanto, que se están realizando unas predicciones susceptibles de comprobación antes de la puesta en marcha de un tratamiento concreto.

Hay autores como HAYNES (1979) que cuestionan la necesidad de llevar a cabo un análisis individualizado, como el expuesto hasta ahora, en problemas como insomnio, dolores de cabeza, disfunciones sexuales o maritales, etc., antes de utilizar unas técnicas que han probado ser eficaces en un alto porcentaje de casos. Frente a ello, opinamos que no deben pasarse por alto varios aspectos: en primer lugar, en la clínica se intenta maximizar la probabilidad de éxito para cada cliente, no garantizada por los tratamientos estandarizados; en segundo lugar, este enfoque identifica «conductas-problema» diversas, como las que hacen referencia a «insomnio» o «dolores de cabeza», tomando como base sólo la identidad topográfica, prescindiendo de la información sobre las variables reales que controlan esas conductas; finalmente, al manipular unas variables determinadas se están olvidando los problemas que esto trae consigo en cuanto a la generalización de resultados del medio clínico al medio natural, siendo una de las causas que impide que se mantengan los resultados conseguidos (LYNN y FREEDMAN, 1979). Además, si atendemos a la literatura de terapia de conducta podemos observar que para el tratamiento de «problemas» topográficamente iguales se utilizan técnicas distintas que han probado ser igualmente eficaces (KAZDIN y WILSON, 1978), como, por ejemplo, ocurre con el insomnio (PECK y CÁCERES, 1981). A su vez, técnicas como la relajación son utilizadas con éxito en «problemas» topográficamente tan diversos como la «impotencia» o la «hipertensión» (KING, 1980). Esto viene a confirmar de una forma empírica que la selección de una técnica está dependiendo más del análisis funcional de la «conducta-problema» que de su análisis topográfico.

Ante la pregunta ¿qué técnica utilizar con una «conducta-problema» determinada? no se podrá dar una contestación precisa puesto que dependerá de las variables específicas que la controlan y de otros factores como la «naturaleza del problema», las características del cliente, del medio donde se va a llevar a cabo y de las variables del terapeuta (CAUTELA y UPPER, 1975). Una vez más, es conveniente recordar que el terapeuta de conducta es un clínico experimental que plantea un diseño experimental en cada caso (SHAPIRO, 1961, YATES, 1970).

Revisando someramente los factores apuntados por CUMMIS y UPPER, por *naturalidad de los problemas* entendiendo el considerar la gravedad del problema, que puede requerir la introducción de procedimientos que produzcan cambios rápidos, como puedan ser las técnicas aversivas, en lugar de utilizar otras cuyo efecto sea más lento. También mencionan la conveniencia de emplear reforzamiento positivo para conductas de baja necesidad de considerar si se intenta aumentar o disminuir una conducta y conocer a qué sistema de respuesta pertenece. Este último aspecto cobra interés debido a la existencia de técnicas utilizables sólo con respuestas

de un sistema específico, como la detención del pensamiento para las respuestas cognitivas o el ensayo de conducta para las motorias.

Dentro de las *características del cliente* tienen importancia factores como la edad, fundamentalmente en edades extremas, la posibilidad de seguir instrucciones o la existencia de incapacidades físicas que reducirán la gama de técnicas disponibles, facilitando o imposibilitando, por ejemplo, utilizar métodos de autocontrol.

El medio donde se realiza la intervención no es indiferente para la selección de un procedimiento, puesto que un medio institucional o familiar permitirá un control más continuado de las conductas de un individuo que un medio abierto. Del mismo modo, las personas relevantes para el cliente que actúan en ese medio son de gran importancia porque según su grado de cooperación pueden implicarse en la terapia, funcionando como terapéutas auxiliares, o entorpecer el proceso terapéutico con interferencias.

Por lo que respecta a las *variables del terapeuta*, solamente mencionaremos el grado de cualificación profesional que le permita manejar un determinado abanico de técnicas y aspectos éticos individuales que le impidan la utilización de algunas técnicas, como pudiera ocurrir en el caso de las técnicas aversivas.

Debe entenderse que aunque en este apartado hablamos en general de la elección de «una» técnica para abordar una «conducta-problema», usualmente una intervención requiere diversas técnicas para la solución de una misma «conducta-problema», ya que para la consecución de los diversos subobjetivos serán necesarias, en la mayoría de los casos, distintas técnicas. Ahora bien, la selección de la técnica de cada subobjetivo deberá establecerse conforme a lo hasta aquí apuntado.

Tras la exposición de esta fase creemos haber evidenciado la relación de dependencia entre la terapia y la evaluación en un enfoque conductual.

### 3.4. Evaluación de los resultados

La última fase de la evaluación comprende tres subfases que abarcan desde la puesta en funcionamiento de los procedimientos terapéuticos hasta un cierto tiempo después de haber dado por finalizada la intervención. Estas subfases corresponden a la evaluación llevada a cabo mientras está operando el tratamiento, la evaluación a su finalización, y la evaluación en un periodo de tiempo posterior a la terminación del tratamiento.

La evaluación a lo largo del tratamiento es necesaria para conocer si se están alcanzando los subobjetivos propuestos mediante la aplicación de las técnicas seleccionadas en la fase anterior. Al mismo tiempo, la consecución de avances en los objetivos intermedios servirá como comprobación de las hipótesis elaboradas previamente a la selección de cada una de las técnicas intervencionales.

Cuando no se cumple un subobjetivo debe comenzarse un proceso de revisión para detectar cuáles son las causas del fallo. El primer paso a dar será el cerciorarse de que se están aplicando realmente los procedimientos. El terapeuta comprobará que, por su parte, satisfacen todos los requisitos que son necesarios en la correcta utilización de la técnica y que

el cliente, en los casos en los que él mismo aplica las técnicas, ha comprendido bien las instrucciones y las pone en práctica. Téngase en cuenta que, en ocasiones, los clientes aplican perfectamente los procedimientos dentro de los periodos de entrenamiento, durante las sesiones con el terapeuta, pero posteriormente no los ejercitan entre sesiones. Por tanto, habrá que explicar con todo detalle las razones por las cuales es conveniente que el cliente realice determinados ejercicios y las ventajas que con ello obtendrá. De cualquier modo, si no se logra una cooperación será necesario emplear otra técnica que no la requiera.

Si se está aplicando bien la técnica y el avance no aparece, se replanteará su idoneidad para la manipulación de las variables propuestas en la formulación de hipótesis sobre el cambio. Cuando se reafirme la decisión anterior, se juzgará si el objetivo en cuestión es adecuado para ese momento del proceso, dentro de la secuencia graduada de la intervención. Por último, cuando todos los pasos anteriores parezcan justificados, se comprobarán los datos de la evaluación inicial.

Este proceso ilustra cómo la evaluación conductual funciona como un sistema cibernético que permite una autoevaluación y autocorrección, posibilitadas por un *feedback* continuo de los resultados de la intervención (HAYNES, 1978).

La evaluación final coincidirá con la evaluación del último subobjetivo que será el «objetivo final», siendo el indicador de la finalización de la terapia. Servirá para comprobar, a la vez, si las hipótesis elaboradas para la consecución del último subobjetivo eran acertadas y si la secuencia de objetivos conducía al «objetivo final». Esta evaluación permitirá conocer cuál es el resultado global de la intervención al constatar si se ha logrado la alteración deseada de la «conducta-problema».

La comparación de las conductas iniciales y finales permitirá valorar el grado del cambio obtenido. En este sentido, se podría decir que el contraste entre las medidas iniciales y finales dará un determinado grado de «éxito» o «curación». Sin embargo, hay que tener en cuenta que el criterio para determinar el «éxito» de una intervención varía si se adopta un criterio clínico, en el que la relevancia del cambio estriba en el logro de un funcionamiento adecuado del cliente, o si se toma un criterio experimental que evalúe la fiabilidad estadística del cambio (RISLEY, 1970; KAZDIN, 1976). Desde un enfoque conductual, el criterio será lograr las modificaciones prefijadas por medio de las operaciones experimentales propuestas para alcanzarlas (YATTS, 1970). Pero, para confirmar si los cambios son debidos a la estrategia de tratamiento tendrá que aplicarse esta bajo unas condiciones que permitan establecer una relación causal entre ella y las conductas alteradas; esto es, dentro de un diseño experimental. En particular, las intervenciones derivadas de la evaluación conductual, al estar unidas al caso individual, requerirán diseños intrasujeto (en especial  $N=1$ ). No describiremos aquí los diversos diseños y las peculiaridades de su tratamiento estadístico, que serán abordadas en otro capítulo de este libro, solamente nos remitiremos a los trabajos de LITTEMBERG (1973), GLASS, WILSON y GOTTMAN (1975), HIRSCH y BARLOW (1976), KRATOCHVIL (1978), y WALLACE y ELDRED (1980).

La evaluación no se termina con el cese del tratamiento sino que, como ya se ha dicho, continuará durante un periodo posterior, la etapa de *seguimiento*. La comprobación de que los cambios producidos se han estabilizado sólo puede lograrse mediante una evaluación realizada des-

pues de pasar unos ciertos intervalos de tiempo a partir de la finalización de la terapia. Los resultados de la evaluación durante el seguimiento se compararán con los de la evaluación final con objeto de saber si se mantienen los logros alcanzados. También permitirá conocer esta evaluación si las modificaciones suscitadas en unas condiciones clínicas se generalizan a las condiciones del medio natural del cliente; uno de los principales problemas a los que debe hacer frente toda acción terapéutica (GOLDSTEIN, LÓPEZ y GREENLEAF, 1979). Los momentos más usuales en los que se efectúa la evaluación durante este período son: al cumplirse el primer mes, el tercero, el sexto, y tras el paso de un año. Sin embargo, el seguimiento continúa siendo uno de los puntos débiles de la evaluación conductual, y por tanto de la terapia, ya que en un porcentaje considerable de intervenciones (en torno al 65 por 100) no se realiza seguimiento alguno, y sólo en una mínima parte (sobre el 15 por 100) se mantiene durante más de seis meses (COCHRANE y SOBOL, 1976; KESELY, SHERBERG y CARONE, 1976; WILSON, 1979).

#### 4. METODOS

Para reunir los datos que permitan la realización de la evaluación conductual se utilizan métodos tan diversos como la entrevista o los registros psicofisiológicos. Sin embargo, no hay que olvidar que, de acuerdo con las características fundamentales expuestas, tanto el énfasis en la observación y cuantificación de las conductas como el objetivo de obtener una «misura» del funcionamiento del cliente determinarán cuáles han de ser los métodos más convenientes, según se ajusten a esos requisitos. Tomando la distinción de CONE y HAWKINS [1977 b] entre métodos directos y métodos indirectos, dependiendo de que la conducta pueda ser observada y registrada inmediatamente después de ocurrir (observación, autoobservación, registros psicofisiológicos), o esté sujeta a mayor grado de inferencia (entrevista, autoinformes), los métodos preferidos en evaluación conductual serán los métodos directos. Esta afirmación no se queda sólo en una expresión de deseos sino que, como se constata en las revisiones de las publicaciones del área conductual [BORNSTEIN y col., 1980; LLAVONA, 1981 b], los métodos directos se utilizan en un 70 por 100 de los casos, siendo el método característico el de observación (algo superior al 50 por 100). Esto supone un gran contraste con la evaluación tradicional donde los indirectos tienen un peso decisivo al ser casi exclusivos (99 por 100 de los casos) [LLAVONA, 1981 b]. Aunque exista preferencia por el método de observación, en la evaluación conductual también se emplea la autoobservación, los registros psicofisiológicos, la entrevista y los autoinformes, debiendo estos últimos utilizarse conductualmente: refiriéndose a unidades conyunciales y a sus determinantes antecedentes y consecuentes. Por tanto, no serán de utilidad los tests proyectivos, los que midan rasgos ni los que estén encaminados a obtener puntuaciones «globales» sobre grupos de conductas o «características» de una conducta.

Una vez aclaradas estas cuestiones previas, haremos un brevísimo recorrido por los diversos métodos, mencionando sólo algunas consideraciones que pudieran resultar de utilidad.

#### 4.1. Métodos indirectos

Dentro de los métodos indirectos se encuentran la entrevista y los autoinformes, a los que agruparemos en cuestionarios de información general, cuestionarios de áreas específicas y cuestionarios de ayuda en la terapia.

##### 4.1.1. LA ENTREVISTA

Es uno de los principales instrumentos de evaluación, ya que en torno a ella se organizan los demás métodos, en función de la información conseguida y de las hipótesis generadas sobre las «conductas-problema». De hecho, es utilizada por el 90 por 100 de los terapeutas de conducta, como queda constatado en los trabajos de SWAN y MACDONALD (1978) y WADE, BAKER y HARTMANN (1979). El contraste entre estos datos y los obtenidos por BORNSTEIN y col. (1980), y LLAVONA [1981 b], donde sólo se encontraba un porcentaje de utilización mínimo (del 1 por 100 al 8 por 100), puede deberse a que, por su misma función, la entrevista queda emascarada a la hora de presentar un informe de una investigación. En nuestra opinión, la entrevista tiene que recabar información explorando diversas áreas que permitan detectar qué «conductas-problemas» se presentan y cuáles son sus estímulos controladores hipotéticos (función que corresponde a las pruebas generales de la Fig. 2.1), datos que habrán de ser posteriormente comprobados por otros métodos específicos, preferiblemente directos (función que corresponde a las pruebas específicas de la Fig. 2.1). Posiblemente, esta segunda operación de verificación sea la que aparece reflejada en las publicaciones de las investigaciones.

Existen multitud de guías de entrevista conductual que cubren en lo fundamental el mismo tipo de apartados; como muestra tomaremos la *Guía de entrevista inicial* de LLAVONA, CARASCO y CARASCO (1978). Esta guía contempla los siguientes aspectos:

- Delimitación de la «conducta(s)-problema» (exploración de los tres sistemas de respuestas y descripción secuencial de antecedentes y consecuentes de cada una de ellas).
- Gravedad del problema (repercusión en el área familiar, del trabajo, interpersonal).
- Determinantes (situaciones en que aparece la «conducta-problema», consecuencias, frecuencia, intensidad, duración).
- Desarrollo y evolución (comienzo, circunstancias que marcan su evolución).
- Expectativas (intentos de solución del problema, objetivos finales)

Para profundizar en los aspectos técnicos relacionados con las técnicas de la entrevista conductual, así como en los problemas de fiabilidad y validez de los datos obtenidos por este procedimiento, pueden consultarse los trabajos de LINEHAN (1977), HAYNES (1978), HAYNES y JENSEN (1979), HAY y col. (1979), VILLARREAL (1981).

4.1.2. AUTOINFORMES

Abordaremos en primer lugar los cuestionarios de información general. Este tipo de cuestionarios reúne información sobre diversas áreas en las que puede existir algún problema, requiriendo una especificación posterior de dicha información a través de una entrevista y de otros procedimientos encaminados a analizar conductas particulares. A modo de ejemplo, mencionaremos dos prototipos distintos. El *Behavioral Coding System (BCS)*, de CAUTELA y UPPER (1973), consta de 283 posibles «conductas-problemas», divididas en 21 categorías principales (temores, pensamientos, sexo, etc.). Su utilidad radica en que ayuda a revisar 21 áreas, detectando la existencia de problemas en ellas. Además se ha empleado como sistema de clasificación de conductas, al permitir hacer referencia a cada una de las 283 conductas específicas mediante un código. Existen varios estudios referentes a su fiabilidad y utilidad (O'FARRELL y UPPER, 1977 y 1978). En la misma línea del BCS, pero con menor pretensión, se han construido listas de «conductas-problemas», como la *Behavior Self-Rating Checklist (BSRC)*, de CAUTELA (1977), que presenta 73 conductas que un sujeto puede desear cambiar. El *Life History Questionnaire*, de WOLPE y LAZARUS (1966), al igual que el *Behavioral Analysis Questionnaire*, de CAUTELA (1977), y otros cuestionarios biográficos, recoge los datos más relevantes del cliente en torno a secciones fijas como ficha personal, descripción del problema, pequeña biografía en relación al medio familiar, área laboral, historia sexual e información relacionada con la salud.

Contrariamente a los instrumentos generales, los cuestionarios específicos están diseñados para detectar «conductas-problema» en áreas concretas, habiendo tantos tipos de cuestionarios como posibles áreas de problemas. El lector encontrará descripciones de los distintos cuestionarios a lo largo de los capítulos dedicados a los tratamientos de los problemas específicos. En cualquier caso, hay que resaltar que la mayoría de estos cuestionarios, a nuestro parecer, son de escasa utilidad puesto que ni siquiera identifican topográficamente la «conducta-problema»: usualmente el cliente tiene que señalar un ítem en el que se describe mínimamente una conducta y se hace referencia a su intensidad (como en el *Fear Survey Schedule*, de WOLPE y LANG, 1964), o la intensidad y la frecuencia (véase el *Assertion Inventory*, de GAMBERTL y RICHIEV, 1975). Contrariamente a lo que sería de esperar, son excepción los instrumentos específicos que permiten analizar la «conducta-problema» topográfica y funcionalmente; entre ellos citaremos el *Drinking Profile*, de MARLATT (1976) y el *Questionario de evaluación de problemas ante los exámenes (CEPE)*, de LIAVONA, CARRASCO y CARRASCO (1977). La construcción de cuestionarios que cumplan estos requisitos quizá logren recuperar para la evaluación conductual la utilidad que tienen dentro de la evaluación tradicional.

Los cuestionarios de ayuda para la terapia son muy variados, entre ellos citaremos los cuestionarios de refuerzos (CAUTELA y KASTENBAUM, 1967; MACPHILLAIN y LEWINSOHN, 1972), que identifican el valor de refuerzo que sustentan una variedad de cosas y situaciones, atendiendo al grado de refuerzo y a la frecuencia. Por último, mencionaremos el *Motivation for Behavior Change Scale (MBCS)*, de CAUTELA (1977), que evalúa la motivación del cliente respecto a la terapia de una manera doble: a través de las manifestaciones verbales que indican que se desea el cam-

bio y mediante la cooperación que presta tanto en las sesiones con el terapeuta como en la realización de tareas entre sesiones.

Los problemas metodológicos en torno a la fiabilidad y validez de los autoinformes aparecen tratados ampliamente en BELLACK y HERSEN (1977) y WALLS y COLAB. (1977), FERNANDEZ BALLESTEROS (1979) y HAYNES (1978).

4.2. Métodos directos

Son los métodos que han tenido más desarrollo en la terapia de conducta por permitir obtener una información directa de la conducta que ha de ser evaluada, no a través de otras respuestas.

4.2.1. OBSERVACIÓN

La observación y registro de conductas cumple los supuestos generales considerados tradicionalmente en un enfoque conductual: enfatiza la evaluación directa de comportamientos, la cuantificación, y se centra en conductas externas. Sin embargo, esta última característica será una de sus limitaciones, al excluir las conductas cognitivas y la mayoría de las psicofisiológicas. Se tendrá en cuenta que la observación no se realizará sólo sobre la conducta, sino también sobre los estímulos antecedentes y consecuentes. Los pasos principales a seguir para desarrollar un sistema de observación implicarán: 1) la delimitación precisa de la(s) conducta(s) a observar, que supone la utilización anterior de otro procedimiento indirecto general y quizá de alguno específico; 2) la decisión sobre el número del tiempo y las situaciones en las que se observará, pudiendo darse estas situaciones en el medio natural (observaciones en casa, colegios, o en instituciones) o en un medio controlado, de laboratorio (*role playing* o situaciones simuladas); 3) la elección de los instrumentos de registro más convenientes a las conductas y a las situaciones en las que se observa, siendo los instrumentos de recogida de datos registros de papel y lápiz o aparatos como el magnetófono o el vídeo; 4) disponer de observadores entrenados cuya fiabilidad en la observación de las conductas implicadas haya sido constatada, pudiendo ser estos observadores profesionales o miembros del entorno del sujeto.

Este método ha generado gran variedad de procedimientos estructurados en áreas muy diversas, como puedan ser las interacciones de la pareja las relaciones padres-hijos, conductas de estudio o de ingestión (HAYNES y WILSON, 1979).

Un desarrollo extenso del método de observación, tanto en el medio natural como en situaciones controladas, puede encontrarse en los trabajos de HAYNES (1978) y ANGUERA [1981 a) b)].

4.2.2. AUTOOBSERVACIÓN

Aunque la observación haya sido el método prototipo de la evaluación conductual, no siempre resulta conveniente o posible su utilización en virtud del coste del sistema de observación, la dificultad de su aplicación en conductas consideradas socialmente «privadas» (sexuales), o en las

de baja frecuencia, o la necesidad de evaluar respuestas «internas» (auto-manifestaciones, representaciones de imágenes). En estos casos, la auto-observación será el método de evaluación más indicado. Además, resulta ser de gran utilidad en la práctica clínica, fundamentalmente con adultos que puedan seguir instrucciones complejas, porque permite realizar observaciones y registros de respuestas de los tres sistemas en el medio natural, con bajo coste y durante un espacio de tiempo diario muy elevado. Sin embargo, la autoobservación no escapa a los requisitos generales de la observación: 1) delimitación previa de las conductas a observar; 2) selección de los procedimientos de registros más adecuados; y 3) el entrenamiento del observador, que en este caso resalta ser el mismo sujeto.

El muestreo de tiempo y de situaciones no tiene importancia tan decisiva como en la observación, ya que el observador se encuentra en todas las situaciones durante «todo el tiempo».

En cuanto a los procedimientos de registro, van desde los conocidos «diarios» a contadores mecánicos de frecuencias de conductas, pasando por tarjetas de registro. Su utilidad será mayor si además de la conducta se anotian los estímulos antecedentes y consecuentes.

La autoobservación, en cuanto método de evaluación, presenta un gran inconveniente al estar afectada su fiabilidad y validez por los efectos reac-

Tabla 22

Ejemplos de «áreas-problemas» y unidades conductuales en las que se ha utilizado la autoobservación

Área-problema	Conductas autoobservadas
Consumo de alcohol	Cantidad ingerida diariamente y tipo de alcohol.
Conducta de fumar	Número de cigarrillos fumados diariamente, incluyendo la hora y el lugar.
Ingestión de comida	Cantidad de comida y de calorías consumida diariamente.
Dolores de cabeza	Frecuencia, duración, hora del día, síntomas, intensidad y antecedente del dolor de cabeza.
Insomnio	Número de horas dormidas, latencia del comienzo del sueño, número de veces que se despertó durante la noche, hora en la que se despertó por última vez.
Estudio	Número de horas empleadas, número de páginas estudiadas.
Pensamientos obsesivos	Número de intervalos de media hora, durante un día, en los que apareció al menos un pensamiento obsesivo.
Hipertermia	Registro diario de la presión sanguínea.
Conducta sexual	Frecuencia de la relación sexual.
Alucinaciones	Frecuencia de la aparición y duración de las alucinaciones.
Micción	Número de micciones al día.

tivos que se producen en los comportamientos por el mero hecho de ser observados por el sujeto que los ejecuta. No obstante, su debilidad como método de evaluación le convierte en un instrumento de cambio útil.

Las variables que afectan a la reactividad y la aplicación de los fenómenos reactivos de la autoobservación a la terapia han sido analizados con amplitud por autores como NELSON (1977), HAYNES (1978), GARCÍA (1979), HAYNES y WILSON (1979) y AVIA (1981).

En la tabla 2.2 se presentan algunos ejemplos de unidades conductuales autoobservadas frecuentemente en la práctica clínica.

#### 4.2.3. Registros psicofisiológicos

La importancia de los registros psicofisiológicos para la evaluación conductual es obvia, al menos desde nuestro modelo de análisis en el que el sistema de respuesta psicofisiológico se propone como uno de los tres sistemas de respuestas a explorar.

Las respuestas que usualmente se registran en la evaluación clínica son las siguientes:

- Electrodérmicas (RED):
  - Nivel de resistencia de la piel (SRL).
  - Nivel de conductancia de la piel (SCL).
  - Nivel del potencial de la piel (SPL).
  - Respuesta de la resistencia de la piel (SRR).
  - Respuesta de la conductancia de la piel (SCR).
  - Respuesta del potencial de la piel (SPR).
- Electromiográfica (EMG).
- Cardiovasculares:
  - Volumen sanguíneo.
  - Tasa del pulso.
  - Tasa cardíaca.
  - Presión sanguínea.
- Electroencefalográficas (EEG).
- Gástricas:
  - Motilidad estomacal.
  - pH estomacal.
- Sexuales:
  - Cambios en la circumference del pene.
  - Volumen y pulso sanguíneo vaginal.
- Respiración.
- Temperatura periférica.
- Endocrinas.

Algunos ejemplos de la utilización de los registros de estas respuestas pueden contemplarse en la tabla 2.3.

Tabla 2.3

Ejemplos de respuestas psicofisiológicas utilizadas en la evaluación de «áreas-problema».

Respuestas	Área-problema
EMG	Esquizofrenia; dolor de cabeza tensional; ansiedad a los exámenes; migrañas; dermatitis; parálisis cerebral; hipertensión esencial; retención crónica de la orina e incontinencia; hiperactividad; retraso mental; depresión; calambre del escribano; tensión muscular.
RED	Obsesión-compulsión; depresión; ansiedad a los exámenes; insomnio; pavorfilia; ansiedad; hipertensión; fobia.
Fasa cardiaca	Ansiedad; insomnio; pavorfilia; aserción; obsesión-compulsión; ansiedad a los exámenes; fobia; ansiedad a hablar en público; conducta de fumar.
Temperatura periférica	Conducta de fumar; migraña; enfermedad de Raynaud.
EEG	Insomnio; ansiedad.
Telemografía del pene	Desviaciones sexuales; excitación sexual.
Volumen del pulso	Migrañas; aserción; pavorfilia.
Respiración	Ansiedad; pavorfilia.
Presión sanguínea	Hipertensión; conducta de fumar.

Sin embargo, este método de evaluación presenta dificultades derivadas del tipo de respuestas que son medidas, tanto en la detección de las espuestas, su transducción (a través de termistores, electrodos, etc.), procesamiento de la señal producida por los transductores (por medio de filtros, amplificadores, etc.) y la presentación de la señal (mediante oscilación de una aguja, cambios numéricos, alteraciones de un sonido, etc.), que requiere una cierta sofisticación tecnológica, como en la interpretación de la significación de los cambios producidos en las respuestas (HAYNES y WILSON, 1979; MARTÍN y VENAIBLES, 1980; y CARROLES, 1981).

La utilización de registros psicofisiológicos en la evaluación conductual sólo está justificada cuando las respuestas implicadas en el problema a evaluar, consideradas funcionalmente como estímulos, respuestas precisamente dichas, o consecuencias (Fig. 2.2), pertenecen al sistema de respuestas psicofisiológico, no siendo procedente el servirse de ellos como criterio apriorístico de concordancia de varios sistemas de respuesta en un problema dado, como ya hemos dejado apuntado al abordar el análisis funcional.

Una consecuencia importante de la realización de estos registros es que se posibilita colocar las respuestas psicofisiológicas bajo control de contingencias tanto ambientales como personales, como se ha demostrado

en el desarrollo de las técnicas de *biofeedback*, llegando así a poder ser objetivo directo de intervenciones terapéuticas específicas.

Del mismo modo, la extensión de técnicas telemétricas saca la toma de registros psicofisiológicos fuera del laboratorio y permite un control más exacto de las respuestas psicofisiológicas, tal como se producen en el medio natural.

Tras esta revisión general de los métodos empleados en la evaluación creemos que queda completada la exposición del proceso de evaluación conductual, subrayándose la dependencia de los métodos utilizados de las características teóricas básicas de este enfoque.

Por último, indicaremos que en los capítulos de este libro sobre *Entrenamiento en Aserción* (CARRASCO) e *Inadecuación sexual y trastornos de la pareja* (CARRASCO, LLAVONA, CARRASCO) puede encontrarse una aplicación del modelo de análisis conductual aquí propuesto.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANGUERA, M. T.: «La observación (I): Problemas metodológicos», en R. FERNÁNDEZ BAILETTOS y J. A. I. CARROLES (eds.): *Evaluación Conductual*, Pirámide, Madrid, 1981(a).
- «La observación (II): Situaciones naturales y de laboratorio», en R. FERNÁNDEZ BAILETTOS y J. A. I. CARROLES (eds.): *Evaluación Conductual*, Pirámide, Madrid, 1981(b).
- AVILA, M. D.: «La auto-observación», en R. FERNÁNDEZ BAILETTOS y J. A. I. CARROLES (eds.): *Evaluación Conductual*, Pirámide, Madrid, 1981.
- BANDURA, A.: *Principles of behavior modification*, Rinehart and Winston, N. Y., 1969.
- *Social Learning Theory*, Prentice-Hall, N. J., 1977.
- BELLACK, A. S., y HERSHEN, M.: «Self-report inventories in behavioral assessments», en J. D. CONE y R. P. HAWKINS (eds.): *Behavioral Assessment*, Brunner/Mazel, N. Y., 1977.
- BORROVAC, T. D.; WEERTS, T. C., y BERNSTEIN, D. A.: «Assessment of anxiety», en A. R. CIMMINO, K. S. CALHOUN, H. E. ADAMS (eds.): *Handbook of Behavioral Assessment*, John Wiley, N. Y., 1977.
- BORNSTEIN, D. H.; BIRDOWATER, C. A.; HICKEY, J. S., y SWENER, T. M.: «Characteristic and trends in behavioral assessment: An archival analysis», *Behavioral Assessment*, 1980, 2, 125-133.
- CARRASCO, J. A. I.: «Registros psicofisiológicos», en R. FERNÁNDEZ BAILETTOS y J. A. I. CARROLES (eds.): *Evaluación Conductual*, Pirámide, Madrid, 1981.
- CUTLER, J. R.: «Covert processes and behavior modifications», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1973, 5, 33-50.
- *Behavior Analysis Forms for Clinical Intervention*, Research Press, Champaign, Ill., 1977.
- CUTLER, J. R., y KASTENBAUM, R. A.: «A reinforcement survey schedule for use in therapy training and research», *Psychological Reports*, 1967, 20, 1115-1130.
- CUTLER, J. R., y UPPER, D. A.: *A behavioral coding system*, Trabajo presentado en la Asociación for Advancement of Behavior Therapy, diciembre, 1973.
- «The process of individual behavior therapy», en M. HERSHEN, R. M. EISLER y P. M. MILLER (eds.): *Progress in behavior modification*, vol. 1, Academic Press, N. Y., 1975.
- CIMMINO, A. R.: «Behavioral assessment: An overview», en A. R. CIMMINO, K. S. CALHOUN, H. E. ADAMS (eds.): *Handbook of Behavioral Assessment*, John Wiley, N. Y., 1977.
- CIMMINO, A. R.; CALHOUN, K. S., y ADAMS, H. E. (eds.): *Handbook of Behavioral Assessment*, John Wiley, N. Y., 1977.
- COCHRANE, R., y SOREL, M. P.: «Mith and methodology in behavior therapy research, en M. P. FELMAN y A. BRODMANST (eds.): *Theoretical and Experimental basis of the Behavioral Therapies*, Wiley, N. Y., 1976.
- COLE, J.: *What's relevant about reliability and validity for behavioral assessment*, American Psychological Association, Chicago, septiembre, 1975.
- *The behavioral assessment grid (BAG): a conceptual framework and a taxonomy*, Nueva Jersey, 1976.
- «Confounded comparison in triple response mode assessment research», *Behavioral Assessment*, 1979, 1, 83-95.